

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1943

THÈSE

N°

17

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Louis ARMAND

Né le 16 mai 1909, à Marcillac-la-Croisille (Corrèze)

Présentée et soutenue publiquement le 3 FEV 1943 194

Le Pavillon spécial des tuberculeuses
des
Hôpitaux psychiatriques de la Seine

Président : M. GUILLAIN, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1943

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : **ARMAND.**

Prénom : **Louis.**

Date de la soutenance :

Numéro d'ordre :

1

ARMAND (Louis). — Le pavillon spécial des tuberculeuses des hôpitaux psychiatriques de la Seine. — Paris. Jouve et C^{ie}, édit., 1943, in-8°, 72 p.

(Th. méd. (Et.), Paris, 1943, N^o.....)

2

ARMAND (Louis). — Le pavillon spécial des tuberculeuses des hôpitaux psychiatriques de la Seine. — Paris. Jouve et C^{ie}, édit., 1943, in-8°, 72 p.

(Th. méd. (Et.), Paris, 1943, N^o.....)

3

ARMAND (Louis). — Le pavillon spécial des tuberculeuses des hôpitaux psychiatriques de la Seine. — Paris. Jouve et C^{ie}, édit., 1943, in-8°, 72 p.

(Th. méd. (Et.), Paris, 1943, N^o.....)

4

ARMAND (Louis). — Le pavillon spécial des tuberculeuses des hôpitaux psychiatriques de la Seine. — Paris. Jouve et C^{ie}, édit., 1943, in-8°, 72 p.

Th. méd. (Et.), Paris, 1943, N^o.....)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1943

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Louis ARMAND

Né le 16 mai 1909, à Marcillac-la-Croisille (Corrèze)

Présentée et soutenue publiquement le 194

Le Pavillon spécial des tuberculeuses
des
Hôpitaux psychiatriques de la Seine

Président : M. GUILLAIN, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1943

LE DOYEN... BAUDOUIN

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	GASTINEL.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale	QUÉNU.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	DUVOIR.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N...
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	HARVIER.
	PASTEUR-VALLÉRY
	RADOT.
	CATHALA.
	Robert DEBRÉ.
	LAIGNEL-LAVASTINE.
	GOUGEROT.
	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
	CADENAT.
	GOSSET.
	LENORMANT.
	MONDOR.
	VELTER.
	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
	LÉVY-SOLAL.
	PORTES.
	MOCQUOT.
	LEVEUF.
	LOEPER.
	LEMAÎTRE.
	BROCCQ.
	M. VILLARET.
	TROISIÈRE.
	MATHIEU.
	DONZELOT.
	Clovis VINCENT
	N...
	DOGNON.
	GIROUD.
	HAZARD.
	JAYLE.
	JOANNON.
	OLIVIER.
	VERNE.
Clinique médicale	
Hygiène et clinique de la première enfance	
Clinique des maladies des enfants	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	
Clinique des maladies du système nerveux	
Clinique des maladies infectieuses	
Clinique chirurgicale	
Clinique ophtalmologique	
Clinique urologique	
Clinique d'accouchements	
Clinique gynécologique	
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	
Clinique thérapeutique médicale	
Clinique oto-rhino-laryngologique	
Clinique thérapeutique chirurgicale	
Clinique propédeutique	
Clinique de la tuberculose	
Clinique chirurgicale orthopédique	
Clinique de cardiologie	
Clinique de neuro-chirurgie	
Assistance médico-sociale	
Professeurs sans chaire	



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
BARIÉTY..... Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne). Pathologie médicale.
BESANÇON (Justin). Hydrologie.
BONNET Bactériologie.
BOULIN..... Pathologie médicale.
BROUET Pathologie médicale.
BULLIARD.... Histologie.
CACHERA..... Pathologie médicale.
CORDIER Anatomie.
COSTE..... Pathologie médicale.
COUVELAIRE (Roger). Urologie.
DELARUE Anatomie pathologique.
DELAY Pathologie médicale.
DEGREZ (H) .. Physique.
DESOILLE Médecine légale.
DIGONNET.... Obstétrique.
DOGNON..... Physique.
FEVRE Pathologie chirurgicale.
FUNCK-BRENTANO. Pathologie chirurgi-
cale.
GALLIARD.... Parasitologie.
GARCIN..... Pathologie médicale.
M^{lle} GAUTHIER-VILLARS. Anatomie pa-
thologique.

MM.

DE GENNES... Pathologie médicale.
HAGUENAU... Pathologie médicale.
LACOMME..... Obstétrique.
LANTUÉJOUL. Obstétrique.
LAVIER..... Parasitologie.
LELONG..... Pathologie médicale.
LEMAIRE..... Pathologie expérimentale.
LENÈGRE Pathologie médicale.
M^{lle} J. LÉVY... Pharmacologie.
MARCHAL Pathologie médicale.
MÉNÉGAUX... Pathologie chirurgicale.
MOLLARET ... Pathologie médicale.
MOUQUIN.... Pathologie médicale.
PATEL..... Pathologie chirurgicale.
PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
RENARD..... Ophtalmologie.
RICHET..... Physiologie.
SÉNÈQUE..... Pathologie chirurgicale.
SICARD..... Pathologie chirurgicale.
SOULIE..... Pathologie médicale.
SUREAU..... Obstétrique.
TURPIN..... Pathologie médicale.
WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.
GUÉNIOT.....	Obstétrique.
HEITZ-BOYER...	Pathologie chirurgicale.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.

MM.

LE LORIER..... Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE.Parasitologie.
PIÉDELIÈVRE .. Médecine légale.
VAUDESCAL..... Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE...	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
BRULÉ.....		GATELLIER...	
CHABROL.....		de GAUDART	
CHEVALLIER....		d'ALLAINES	
LAROCHE Guy...		MOULONGUET	
LIAN		MOURE	
MOREAU			
SÉZARY			

MM.	
ECALLE.....	} Clinique obstétricale.
VIGNES.....	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
DECHAUME	Stomatologie.
N.	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

*En reconnaissance de ses sacrifices, en faible
témoignage de mon affection filiale.*

A MA FEMME

A MON FRÈRE

A TOUS LES MIENS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GEORGES^{LE} GUILLAIN

Officier de la Légion d'honneur

Membre de l'Académie de Médecine

Professeur de Clinique des Maladies du système nerveux

*Qui a bien voulu nous faire le grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.*

*Hommage de profonde et très respectueuse
gratitude.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. VIÉ
Médecin des Hôpitaux psychiatriques de la Seine

*Qui nous suggéra le sujet de cette thèse. Avec
toute notre reconnaissance pour son enseignement
et notre profond respect.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR PIERRE BOURGEOIS
Médecin des Hôpitaux de Paris
Médecin en chef du Sanatorium de Brévannes

*Qu'il trouve ici nos remerciements pour les
leçons dont il nous fit profiter.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR MISSET
Radiologue de l'Hôpital Henri-Rousselle

*Qu'il trouve ici avec notre profond respect nos
remerciements pour l'enseignement qu'il nous
prodigua.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR H. BEAUDOUIN
Médecin des Hôpitaux psychiatriques de la Seine

*En remerciement de son initiation à la psychia-
trie et de l'intérêt qu'il ne cessa jamais de nous
porter.*

A MESSIEURS LES MÉDECINS-CHEFS DE MAISON-BLANCHE
Médecins des Hôpitaux psychiatriques de la Seine

LE DOCTEUR CHABAGNON
LE DOCTEUR MARTIMON
LE DOCTEUR DEMAY

A MONSIEUR LE DOCTEUR BERTHOUMEAU
Médecin en chef de l'Asile National de Convalescents

*Avec notre profond respect et nos remerciements
pour son enseignement.*

A NOS CAMARADES D'INTERNAT
DE SAINT-MAURICE ET MAISON-BLANCHE

A TOUS NOS AMIS

Le Pavillon spécial des tuberculeuses des Hôpitaux psychiatriques de la Seine

Introduction.

Le pavillon sanatorial destiné à recevoir les aliénées tuberculeuses des hôpitaux psychiatriques de la Seine nous a paru digne de faire l'objet de notre thèse inaugurale. Nous y avons rempli, pendant deux ans, les fonctions d'interne, et dans ce service où se juxtaposent et parfois se fondent la psychiatrie et la phtisiologie, nous avons observé bien des faits qui ont retenu notre attention, tant au point de vue clinique qu'au point de vue thérapeutique, et qui, au premier abord, ne laissent pas de sembler paradoxaux.

Nous y avons observé des aliénées appartenant à tous les types psychiatriques, souvent considérées comme agitées ou impulsives et qui, dans les petites salles avec cloisons vitrées, se laissent, en général, docilement soigner et ne brisent pour ainsi dire jamais les carreaux des fenêtres, ni ceux des cloisons. Elles paraissent sensibles au cadre hospitalier, gai et clair, sans murs de forteresse et sans multiples portes verrouillées. Nous avons pu, chez presque toutes les malades justiciables de pneumothorax thérapeutique, pratiquer celui-ci régulièrement, et parfois avec de parfaits résultats, ce qui, naguère encore, paraissait une impossibilité. Enfin, il nous est arrivé de voir l'amélioration des lésions pulmonaires et parallèlement la régression des troubles psychiques dans des cas d'épisodes confusionnels dont se prouvait ainsi l'étiologie tuberculeuse.

Mais ces résultats et ces remarques n'ont été possible que grâce à la collaboration intime du phtisiologue et du psychiatre, de nos maîtres, le Docteur Pierre Bourgeois, médecin des hôpitaux de Paris et du Sanatorium de Brévannes et le Docteur Vié, médecin de l'Hôpital psychiatrique de Maison-Blanche. Sous l'impulsion de ces médecins, le pavillon sanatorial de Maison-Blanche est devenu un centre d'action complexe. Institué, tout d'abord, dans le seul but d'isoler les

bacillaires contagieuses, avancées et incurables, il est bien vite devenu — pourrait-il en être autrement? — un centre de traitement de malades curables, pris à temps pour recevoir les traitements efficaces, et par suite, un centre de dépistage précoce avec consultation dont bénéficient même les malades, hommes et femmes, venus, par exemple de l'Hôpital psychiatrique voisin de Ville-Evrard, et pour lesquels nous avons réalisés des traitements ambulatoires. Enfin, le pavillon sanatorial constitue avec le Docteur Misset, radiologue de l'Hôpital Henri-Rousselle, le centre radiologique du groupe Maison-Blanche, Ville-Evrard, desservant, en temps normal, plus de 4.000 malades.

Dans notre travail, nous allons retracer les origines administratives et l'organisation matérielle du pavillon, avant d'aborder les renseignements statistiques, puis nous apporterons quelques remarques psychiatriques, phthisiologiques et thérapeutiques, en insistant sur les données apportées par la recrudescence actuelle de la tuberculose qui sévit avec intensité à la faveur de la carence alimentaire. Et nous terminerons en rapportant les observations de malades chez qui nous avons créé ou entretenu des pneumothorax thérapeutiques; c'est la partie de notre tâche qui nous a apporté le plus de satisfaction, nous permettant d'apprécier l'efficacité de l'action médicale pratiquée aux stades initiaux de la maladie.

Il est bien évident que c'est dans ce sens que doit tendre la lutte contre la tuberculose dans les hôpitaux psychiatriques comme partout ailleurs.

Qu'il nous soit permis, avant de commencer notre exposé, d'exprimer notre respectueuse gratitude à notre maître le Docteur J. Vié, médecin-chef des Hôpitaux psychiatriques, qui nous a proposé ce travail et apporté le secours de son expérience si bienveillante; notre profonde reconnaissance au Docteur Pierre Bourgeois médecin des Hôpitaux, médecin en chef du Sanatorium de Brevannes qui nous enseigna toutes les finesses de la collapsothérapie et de la chirurgie pulmonaire et au Docteur Misset, radiologue de l'Hôpital Henri-Rousselle, qui, pendant deux trop courtes années, nous appris d'une façon si aimable et si paternelle, à déjouer les difficultés de l'interprétation radiologique. Que le Docteur H. Beaudoin, médecin-chef des Hôpitaux psychiatriques, trouve ici, avec tous nos remerciements pour notre initiation à la psychiatrie, l'expression de notre respectueuse et profonde gratitude pour l'intérêt qu'il ne cessa de nous manifester.

CHAPITRE I

De l'isolement des tuberculeux dans les hôpitaux psychiatriques.

Le problème de l'isolement des malades contagieux a, dans les asiles, depuis fort longtemps, préoccupé les diverses commissions administratives.

Nous trouvons, en effet, du point de vue réglementaire que l'ordonnance du 18 décembre 1839, dans son titre II visant spécialement les asiles privés, mais *a fortiori* applicables aux asiles publics, impose, par le 4^e paragraphe de l'article 22, des locaux particuliers pour les aliénés atteints de maladies accidentelles.

L'administration supérieure, par circulaire du 15 juin 1901 sous le timbre du 1^{er} Bureau (Direction de l'assistance et de l'hygiène écrivait :

« Pour mettre obstacle à une cause particulière aux établissements hospitaliers et notamment aux asiles d'aliénés, celle provenant de la promiscuité des malades contaminés et de ceux qui ne le sont pas, je vous invite à prescrire, dans les asiles publics ou asiles privés, faisant fonction d'asiles publics, de votre département, autant que les locaux le permettront, l'établissement d'un quartier spécial destiné à l'isolement des aliénés tuberculeux.

Enfin, la circulaire du 15 juin 1904 prescrivait aux établissements hospitaliers :

« 1^o Dans tous les hôpitaux publics, les administrations compétentes doivent interdire toute relation directe ou indirecte entre les malades tuberculeux et les non tuberculeux ;

« 2^o Les tuberculeux doivent être soignés dans des hôpitaux distincts qui leur sont exclusivement consacrés ;

« 3^o Dans les villes où l'affectation aux tuberculeux d'un hôpital tout entier est impossible, des quartiers distincts leur seront exclusivement réservés ;

« 4° Même dans le cas où l'on ne pourra faire ni hôpital, ni quartier spécial, les tuberculeux ne devront pas être soignés dans la même salle que les non tuberculeux. »

La circulaire du 20 mars 1920 relative à la prophylaxie de la tuberculose dans les asiles d'aliénés prescrit également :

« 1° Isolement des tuberculeux, etc... ».

APPLICATION AUX ASILES D'ALIÉNÉS.

Il serait hors de propos d'étudier ici l'application des diverses recommandations concernant cet isolement dans les formations sanitaires telles que les hôpitaux, car il paraît difficile de s'en inspirer dans les asiles où les circonstances sont différentes.

Comme l'écrivent Raynier et Baudoin, puis Raynier et Lauzier :

« Il ne faut pas dissimuler... que la question de l'isolement des aliénés tuberculeux contagieux, présente de nombreuses difficultés ; celles-ci tiennent à la catégorie des malades d'asile sur lesquels, bien souvent, l'éducation hygiénique, ne peut avoir aucune prise... et dont l'état mental, surajouté, nécessite des installations diverses.

A : Hospitalisation des tuberculeux à l'infirmerie en salle commune. Pour les tuberculeux en activité lésionnelle et bacillifère, le séjour à l'infirmerie en salle commune doit être considéré comme condamnable au double point de vue de l'hygiène et de la thérapeutique.

Le maintien en salle commune à l'infirmerie satisfait aux prescriptions de l'article 22 de l'ordonnance de 1839, il ne constitue nullement un isolement. Il est même particulièrement néfaste, puisqu'il met en contact des bacillifères et des sujets anergiques pour lesquels il est prudent de craindre les réinfections exogènes comme les endogènes. Il y a là un danger analogue à celui que rappelait Sérieux en 1903 lorsqu'il écrivait : « que les tuberculeux ne devraient jamais être admis dans le service de surveillance continue où se trouvent des aliénés affaiblis.

Du point de vue thérapeutique, notons que si les tuberculeux se trouvent au milieu de malades pour lesquels une température élevée constante est de rigueur, il est impossible de leur assurer l'aération nécessaire et cela constitue un inconvénient grave.

B : Chambres isolées. On a prétendu remédier à ces insuffisances en faisant séjourner les aliénés tuberculeux en chambre d'isolement

à l'infirmierie et en consacrant à un bacillaire malpropre ou agité une cellule de son quartier de classement.

Le nombre des cellules, annexées tant à l'infirmierie qu'aux divers pavillons, est nettement insuffisant, et leur utilisation réservée, à certains moments, à des usages plus impérieux. Par ailleurs, on peut remarquer que la conservation en cellule, dans son quartier d'origine, d'un tuberculeux s'avère prophylactiquement insuffisante. Elle est notoirement inefficace lorsqu'il s'agit de malades valides ou semi-valides, qui, en dehors des heures d'alitement, sont en contact avec leurs compagnons et risquent d'autant de les contaminer que ce sont précisément les sujets les plus rebelles aux conseils d'hygiène que l'on a dû maintenir dans le pavillon de classement. Elle est peu efficace, même lorsqu'il s'agit de malades alités puisqu'ils sont assistés par un personnel auquel ses multiples occupations ne permettent pas de prendre, chaque fois qu'il serait nécessaire, les précautions d'hygiène et de propreté d'usage. En outre, elle complique singulièrement les mesures de désinfection (crachoir, etc.), en multipliant à l'infini les points où elle a à intervenir.

C : Hospitalisation en salle spéciale. Ce genre d'hospitalisation ne diffère que très peu des deux précédentes méthodes. En effet, comme l'ont écrit Raynier et Lauzier :

« L'isolement en salles spéciales ne répond pas pleinement aux exigences prophylactiques d'une tuberculose ouverte, puisqu'il ne peut s'opposer à la dissémination des crachats que pour les malades alités, et qu'il laisse en dehors de son action ceux qui peuvent circuler dans les locaux de jour et dans la cour. »

En outre, le voisinage de l'infirmierie entraîne un personnel commun, et la description de Briau, où l'on voit un infirmier quitter un tuberculeux qu'il vient de changer de linge, pour aller secourir un digestif dans les affres d'un vomissement laborieux, n'est nullement une hypothèse osée.

Elle peut être améliorée par le développement des annexes, outre chambres d'isolement, réfectoire particulier, laverie de vaisselle, cour spéciale, séparation stricte d'avec l'infirmierie, bien que communication possible, à la rigueur, par porte maintenue fermée en temps normal.

C'est la solution pronée par Raynier et Lauzier dans leur étude du pavillon d'infirmierie.

D. Hospitalisation en pavillon spécial. Ainsi complétée, cette for-

mule n'est pas essentiellement différente de l'hospitalisation en pavillon spécial réservé aux tuberculeux à condition que ces locaux permettent :

- 1° d'isoler les aliénés tuberculeux des autres aliénés ;
- 2° de recevoir tous les aliénés tuberculeux quel que soit leur comportement ;
- 3° de pratiquer commodément les mesures d'hygiène et de désinfection en réduisant au minimum les inefficacités de celles-ci liées à l'indocilité des assistés ;
- 4° d'assurer les conditions techniques du traitement de la tuberculose.

RÉALISATION PAR LE DÉPARTEMENT DE LA SEINE.

Dès 1926 cette question est entrée dans sa phase active en ce qui concerne les hommes. Un avant-projet fut étudié, soumis à la commission de surveillance des asiles de la Seine qui l'approuve (13 mai 1928), puis communiqué au ministre de l'Hygiène (8 juin 1928). Celui-ci, dans sa réponse du 13 juin écrivait : « Je donne mon approbation pleine et entière au projet que vous m'avez soumis et je vous prie, en ce qui concerne les plans du futur pavillon, de bien vouloir vous mettre d'accord, non seulement avec le service d'architecture de votre département, mais encore avec les services médicaux. »

C'est, dans ces conditions, que le conseil général de la Seine, par délibération du 11 juillet 1928, accordait l'ouverture du crédit nécessaire.

Dès que le principe du pavillon d'isolement pour hommes fut admis, la construction d'un établissement identique fut envisagé pour les femmes sur les terrains dépendants de l'Asile de la Maison-Blanche.

Nous trouvons sous la forme d'une « note médicale préliminaire sur l'avant-projet d'un pavillon d'aliénées tuberculeuses à l'Asile de Maison-Blanche » datée du 25 mai 1929, une ébauche de ce pavillon d'isolement.

« Il est nécessaire de souligner que le pavillon envisagé peut être conçu à double fin : 1° Isoler les malades présentant des tuberculoses dites ouvertes et émettant des quantités de bacilles considérables ; 2° Traiter des malades portant des lésions moins graves et justiciables du sanatorium.

« Le nombre des malades du premier groupe ne paraît pas à

priori très élevé, et la prévision de 60 lits nous paraît suffisante. L'intérêt général milite en faveur de l'organisation d'un isolement des malades de cette catégorie par ordre de priorité. Il serait loisible selon les circonstances et les disponibilités, d'envisager plus tard, dans un deuxième temps, la construction et l'aménagement d'un groupe nouveau, voisin, mais distinct du premier, affecté au traitement et muni, celui-là, des annexes spéciales : poste radiologique, etc...

La construction actuelle doit donc, à notre sens, se limiter à l'isolement. »

Cependant cette idée d'isolement pure et simple était combattue et en séance du 10 juillet 1929, le Conseil général apportait les modifications suivantes au projet primitif de Chezal-Benoist :

« Messieurs, permettez-moi de vous rappeler que, par délibération du 11 juillet 1928 vous avez approuvé, sur le rapport que je vous en ai fait et en conformité de l'avis du Conseil de surveillance des asiles, le principe de construction à l'Asile agricole de Chezal-Benoist d'un pavillon d'isolement pour 60 tuberculeux hommes...

Le nouveau programme se rapporte maintenant à un pavillon d'hôpital comportant des dispositions et aménagements spéciaux tels que :

1° Subdivision de deux grands dortoirs prévus en chambres séparées à deux lits ou pièce d'isolement pour un malade, avec couloir d'isolement vitré, portes et fenêtres ;

2° Création d'une salle de pansements et d'une salle de désinfection avec tous accessoires ;

3° Un service de water-closets avec lavabos de jour, tout en conservant les water-closets et lavabos de nuit ;

4° Deux lingerie avec rayonnage et armoires ;

5° Installation du chauffage central et d'un service d'eau chaude ;

6° Aménagement extérieur, trottoirs, perrons d'accès, chemins cimentés, clôture et jardins, etc. ;

7° La superficie construite qui était à l'origine de 918 mètres carrés s'est trouvée portée à 1157 mètres carrés, non comprise la galerie couverte pour cure au soleil.

C'est ainsi que, petit à petit, l'idée d'un pavillon sanatorial pour aliénés s'est développée et le 11 décembre 1930, le Conseil général de la Seine votait le principe d'un pavillon sanatorial pour les aliénés et en prévoyait la construction à l'Asile de Maison-Blanche. Ce pavillon sanatorial, qui va faire l'objet de notre étude, s'est ouvert en avril 1935.

CHAPITRE II

Organisation du pavillon sanatorial.

CONDITIONS A REMPLIR POUR UN PAVILLON SANATORIAL D'HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES.

Il est actuellement reconnu que les différents facteurs favorables aux tuberculoses pulmonaires sont :

a) Le repos : c'est la première condition de succès. Il faut un repos complet au point de vue physique, métabolique et moral, conditions qui ne sont évidemment pas très aisément réalisables dans un établissement d'aliénés ;

b) La douceur de la température : permettant le repos en climatisme. On attribuait à la clémence de la température plus d'importance autrefois que maintenant. Depuis une trentaine d'années, on sait que les cures sanatoriales en climat froid peuvent donner d'excellents résultats (Ex. : Sanatorium de la région parisienne) ;

c) Sécheresse de l'air, autrefois considérée comme très importante, à juste raison, pour les tuberculeux ; mais une chaleur trop sèche favorise les poussées congestives, les hémoptysies :

d) Violence des vents : les vents sont irritants et doivent être évités, surtout les vents secs et poussiéreux, facteurs d'hémoptysies.

En résumé, les sanatoriums de plaines, près des centres urbains, donc d'accès facile, permettent le traitement précoce et cette cure n'est jamais nocive. Ces conditions peuvent très facilement être réalisées dans les hôpitaux psychiatriques, étant donné le recrutement assuré par l'ensemble des établissements groupés dans le département de la Seine et Seine-et-Oise et la proximité du centre urbain.

Bien entendu le pavillon sanatorial devra comprendre les éléments indispensables de tout quartier de classement d'un asile :

1° une cour-jardin ;

2° un réfectoire ;

3° une salle de réunion ;

4° des locaux d'aliments : dortoirs communs, chambres individuelles ;

5° des lavabos et des installations hydrothérapiques ;

6° des Water-Closets intérieurs et extérieurs ;

7° des annexes médicales ;

8° des annexes de service.

Cette énumération d'éléments empruntée à Raynier et Lauzier comportera, pour nous, certaines modifications, le service médical logé dans des annexes deviendra, en particulier, le soin de toutes nos attentions.

DISPOSITIONS ARCHITECTURALES

Pour l'établissement des plans d'un pavillon sanatorial nous garderons la disposition du pavillon de Maison-Blanche, en critiquant certaines d'entre elles dont nous avons reconnu les inconvénients au cours de deux années d'internat.

L'ensemble architectural du pavillon qui se détache, à l'angle nord-ouest de l'Hôpital de Maison-Blanche, a fière allure. Avec ses longues ailes de briques claires, percées de nombreuses baies, surélevées par un sous-sol qui les détachent de la plaine, surmontées de leurs hauts combles de tuiles avec une tourelle centrale. La construction fait honneur à ses auteurs MM. Midy et Rubin, architectes du département de la Seine. Elle s'harmonise bien avec l'ensemble des bâtiments de la V^e Section tous dépourvus d'étage, qu'elle surpasse sans les écraser et dont les lignes allongées sont mises en valeur par les hautes silhouettes perpendiculaires de beaux groupes de peupliers. On accède à la porte principale par des pentes douces.

Lorsqu'on s'approche de la façade, on distingue le corps de bâtiment central qui renferme la radiologie et les services généraux du pavillon. Des couloirs vitrés relient ce corps central aux deux ailes, nord et sud, qui encadrent ainsi une cour intérieure sur laquelle s'ouvre la galerie de cure orientée à l'Ouest. Dès l'entrée, on est frappé par la sobriété et la netteté des lignes, le sol en mosaïque de carreaux cassés, les peintures ripolinisées bien entretenues et les nombreuses cloisons vitrées qui, avec la lumière, font pénétrer la gaieté tout en favorisant la surveillance.

On peut cependant dire que le service, prévu surtout en vue de l'isolement de malades contagieuses et incurables, ne l'oublions pas, aurait pu cependant s'inspirer davantage des nécessités sanatoriales.

Il est vrai qu'en principe, cette réalisation ne représente que la première étape d'un projet ultérieur plus orienté vers la thérapeutique. Suivons la description qu'en donnent les auteurs MM. Midy et Rubin : « d'une façon générale, il comprend un étage de rez-de-chaussée surélevé, avec, en sous-sol des galeries pour le passage de la surveillance, des canalisations de toute nature, des réserves et la buanderie.

« Il est composé de deux ailes distinctes, parallèles, reliées par des galeries aux services généraux du quartier. Entre ces deux ailes, un vaste préau couvert donne sur un jardin intérieur.

« Les services généraux comprennent : un large vestibule, le parloir pour les familles, le cabinet du médecin-chef, avec laboratoire particulier et une salle pour la radio, une lingerie de quartier, le bureau de la surveillante-chef, un vestibule pour les surveillantes avec douches, water-closets et lavabos.

« Des galeries perpendiculaires donnent accès aux deux ailes. Dans l'une d'elles sont aménagés les dortoirs de quatre, six et dix malades, groupées suivant les indications du médecin. Ces dortoirs largement ouverts au midi, sont desservis par une large circulation éclairée sur la cour-jardin. Cette aile comprend, en outre, un hall central, une salle de réunion et un réfectoire pour les malades avec office-laverie, des groupes de water-closets, une salle de bains-douches, des lavabos avec stalles pour bidets.

« L'autre aile, symétrique, est réservée aux femmes malades devant être isolées. Elle comprend 14 chambres d'isolement, éclairées au midi, desservies par un couloir latéral, un hall, une salle de réunion, un réfectoire avec office, une salle de bains-douches, des lavabos avec stalles pour bidets et des groupes de water-closets.

« A l'extrémité de cette aile et nettement séparé, il a été aménagé un quartier cellulaire pour malades agitées ; cette section comprend autour d'un hall central six chambres d'isolement avec portes et fenêtres munies de glaces incassables, des lavabos, bidets et water-closets.

« Au centre entre les deux ailes parallèles, une vaste cour-jardin avec bouquets d'arbres, pelouses et jardin creux, sert à la promenade des malades : au fond un vaste préau couvert leur permet de se mettre à l'abri ».

L'existence d'un sous-sol élevé a permis de disposer plus facilement les installations de chauffage, facilité le transport du linge qui tombe des services, par l'intermédiaire d'une trappe, dans des sacs réservés uniquement à cet usage et envoyés à une buanderie spéciale où la

manipulation est réduite également au minimum. Il existe aussi un four crématoire pour brûler les pansements et les crachoirs qui sont du même type que ceux de l'assistance publique.

La nourriture est préparée à la cuisine centrale de l'hôpital, et apportée au pavillon par des agents extérieurs au service et introduite dans l'office par un judas, ce qui élimine tout contact possible et risque de contagion.

REMARQUES

Si l'ensemble du pavillon, et, surtout la disposition des salles et des chambres, donnent satisfaction, nous nous permettons, néanmoins, de signaler quelques points défectueux concernant les uns la galerie de cure, les autres les services généraux et les pièces réservées à la radiologie. Nous dirons comment nous aurions conçu les locaux si nous avions eu à établir les projets.

A. La galerie de cure de par sa disposition même n'est pas utilisable. Ouverte à l'ouest, elle se trouve exposée aux vents dominants de la région qui ne cessent d'y apporter l'humidité. Trop profonde, encaissée au fond du fer à cheval formé par les ailes du pavillon, elle offre un réceptacle pour le brouillard qui s'y accumule par temps frais et dès que le vent se lève, elle est le siège de tourbillons qui la rendent impraticable.

Il y a plus, et nous nous demandons si, dans un pavillon sanatorial pour aliénées, une galerie continue, juxtaposant tant de malades parfois agitées, impulsives ou délirantes, n'est pas une erreur. L'inconvénient que l'on avait supprimé en créant de petits dortoirs renaîtrait ici. Dans la galerie commune, les malades étendues sur des chaises-longues sont bien plus mobiles que plongées dans leur lit. Beaucoup d'entre elles n'observeraient ni le repos, ni le silence, et la cure irait à l'encontre même de son objet. Serait-il mieux que la galerie de cure soit située le long des dortoirs et cloisonnée au niveau de chacun d'eux de façon à conserver sous la galerie les divisions que l'on a établies à l'intérieur dans le classement des malades ! Pour pallier à ces inconvénients, on a résolu de laisser les malades sur leur lit en assurant aux dortoirs une large aération. Le Dr Goriou, médecin-chef du pavillon sanatorial de 1935 à juin 1938, a apporté au problème une solution élégante. Il a fait poser, devant les larges baies des dortoirs, de fines grilles en fer forgé ne présentant ni pointes ni aspérités, formant des quadrilatères d'environ 25 cm. de côté et qui,

tout en passant presque inaperçues, permettent une aération suffisante des dortoirs et s'opposent à toute tentative d'évasion.

B. Radiologie et services généraux. — Le plan ne prévoit pas de pièces adjacentes à la radiologie, l'une pour servir au développement des films et à la recharge des canettes, une autre à usage de salle d'attente, si bien que le laboratoire bactériologique a été désaffecté pour servir de chambre noire, le parloir destiné aux familles est devenu salle d'attente pour les malades des autres services venant en consultation ; le cabinet destiné au médecin-chef est devenu la salle de collapsothérapie et d'application des rayons ultra-violets et des ondes courtes, constituant un petit service de physiothérapie.

A notre avis, le pavillon central aurait dû être affecté uniquement à la partie médicale, rejetant au besoin à la place du préau, qui est inutilisable à cause de son orientation, la lingerie de quartier, le bureau de la surveillante, le vestibule pour les infirmières avec douches, water-closets, lavabos, le parloir des familles auquel on a dû consacrer la salle de réunion existant déjà dans chaque aile du pavillon.

Gardant la même orientation que celle du pavillon de Maison-Blanche, nous envisagerions l'aménagement du pavillon central de la façon suivante : à droite, exposés au nord :

a) dès l'entrée, une salle, avec deux grandes fenêtres, servant de salle d'attente pour les malades, salle susceptible d'avoir un éclairage voilé afin d'adapter les malades au noir. Cette adaptation facilite énormément les examens radioscopiques ultérieurs. Les malades distinguant les objets et les personnes qui les entourent sont beaucoup moins réticentes. Elle devra contenir des porte manteaux et des chaises en nombre suffisant pour que le linge des malades ne traîne pas. Il sera utile d'installer à proximité des water-closets dont l'utilisation peut être nécessitée soit par le rejet d'une bouillie barytée soit par l'évacuation d'un lavement explorateur. Pour passer de cette première pièce à la salle d'examen on peut envisager une porte à tourniquet ou une simple porte si la lumière de la salle précédente est de faible intensité ;

b) la salle de radiologie sera assez longue pour permettre, au besoin, la prise de téléradiographie. Raynier et Lauzier donnent une dimension minima de 25 mètres carrés. Une telle superficie est en effet nécessaire pour la libre circulation autour des appareils dans une salle où il faut prévoir la présence de nombreuses personnes :

médecin, interne, manipulant, infirmiers, malades ceux-ci souvent au nombre d'une dizaine.

Le sol sera fait d'une matière susceptible d'être lavée à grande eau car ici, il faut songer que nous sommes dans un asile d'aliénés et qu'il y a des gâteuses. Les parois de la salle, même si on ne pratique pas la radiothérapie devront être recouvertes de lames de plomb de 3 millimètres d'épaisseur au moins. La peinture des murs et du plafond, devra être de préférence de couleur foncée et mate. La fenêtre de la pièce devra être munie d'un dispositif obturateur permettant d'obtenir l'obscurité la plus absolue. L'éclairage sera discret, lumière bleue placée au plafond, projecteur à faible puissance pour le copiste. Les boutons d'allumage seront placés hors de l'atteinte des malades ;

L'appareil de radio sera d'un modèle apportant le maximum de protection pour le manipulant et pour le radiologue : cuve securix ou autre, paravant protecteur du Dr Belot, sellette protectrice du Dr Dioclès, porte-grille du Dr Ledoux-Lebard, etc.. ;

c) Le laboratoire de radiologie fera immédiatement suite à la salle d'examen. Il sera relié avec celle-ci par une porte chicane et par une autre avec l'extérieur. Le sol sera dallé pour pouvoir être facilement lavé et ne pas risquer d'être détérioré par l'eau ou les solutions que l'on renverse. Les murs seront peints d'une teinte neutre, autant que possible mate pour éviter les reflets. Toutes les précautions seront prises pour assurer l'obscurité et seule subsistera une faible lumière rouge. Il comportera une table d'examen de cliché avec négatoscope pouvant servir de table de rechange des cassettes. Cette table sera suffisamment grande pour que l'on puisse, sans aucune gêne, déposer un grand film et sa cassette onverte sur la table. La partie réservée aux manipulations sera dans un coin opposé avec ses quatre cuves de développement, fixage et lavages ;

d) Enfin à l'extrémité de cette aile, nous trouverons le laboratoire de bactériologie (la question ne s'était pas posée pour le pavillon de Maison-Blanche car la V^e section, dont il dépend, possédant déjà un laboratoire suffisamment outillé. Mais dans un projet de pavillon le laboratoire de bactériologie constitue bien entendu, une partie essentielle). Son sol sera également dallé, les murs seront carrelés jusqu'à une certaine hauteur pouvant permettre de grands lavages. Nous trouverons dans cette salle, tous les réactifs et instruments propres à toutes les recherches bactériologiques.

A gauche, exposés au sud :

a) dès l'entrée, le bureau du Médecin-chef bien éclairé et assez vaste afin de pouvoir y mettre tous les dossiers et radiographies se rapportant aux malades. Il devra être simple et facile à nettoyer ;

b) une deuxième salle communiquant avec le cabinet du Médecin-chef d'une part, avec le couloir et avec la troisième pièce d'autre part, service de salle de pansement et aussi de salle d'appareillage. Cette salle devra être carrelée et peinte d'une couleur claire, lavable, une grande fenêtre permettra en même temps aération et éclairage intense. Elle devra comporter tous les appareils de stérilisation nécessaires : étuves, poupinels, etc., une conduite d'eau chaude et froide, un évier d'évacuation à grande ouverture permettant le passage de débris de plâtre. On y trouvera, également, tous les appareils extenseurs permettant la pose de plâtres car les tuberculoses mixtes sont loin d'être exceptionnelles. Nous avons souvent regretté de ne pouvoir appareiller nos malades, ce qui obligeait à les envoyer au pavillon de chirurgie de Sainte-Anne à Paris ;

c) Enfin la troisième pièce communiquant avec la salle de pansement sera, elle, réservée à un usage chirurgical ou para-chirurgical. Dans cette salle, également carrelée, bien aérée et éclairée par une large fenêtre, avec possibilité de modifier son éclairage par la présence de rideaux extérieurs afin de permettre certains actes chirurgicaux demandant une lumière très réduite (section de brides par. ex.), nous trouverons une table d'opération modèle simple, un appareil de Küss pour pneumothorax et le matériel chirurgical nécessaire aux interventions de chirurgie pulmonaire ou thoracique (section de brides, phrénicectomie) ainsi qu'aux traitements par rayons ultra-violets et ondes courtes.

ORGANISATION MÉDICALE.

A. *Médecins spécialistes.* — Nous avons dit qu'il était utile et même nécessaire si l'on veut créer un établissement, apte à fonctionner normalement, qu'il soit proche d'un gros centre urbain ; nous allons en voir l'une des principales raisons : il est nécessaire qu'il y ait une étroite collaboration entre le psychiatre, le phthisiologue, le radiologue, et, éventuellement, l'orthopédiste. Nous ne pouvons espérer avoir des spécialistes pour chaque établissement, mais il est facile, lorsque le pavillon se trouve dans une région suburbaine, de faire venir des spécialistes à jour fixe.

L'intérêt de la collaboration du phthisiologue et du psychiatre est

bien mis en évidence par quelques auteurs, médecins d'asiles ou médecins de sanatoriums : « La présence d'un psychiatre dans un sanatorium n'est pas un luxe coûteux, mais c'est une nécessité et son action peut être aussi utile pour les malades que celle de l'insufflation du pneumothorax » a dit le phthisiologue anglais Morland. Meachen insiste sur la nécessité de guérir non seulement l'état tuberculeux mais aussi le malade lui-même « blessé ou troublé psychologiquement », « s'il est impossible d'avoir un psychologue dans le personnel de chaque sanatorium, du moins sera-t-il possible de s'efforcer que chaque médecin ait un entraînement psychologique suffisant pour être capable d'appliquer les principes de la science à diminuer la crainte et à diriger les forces des malades dans des directions droites ».

Dans une publication consacrée au Syndrome Aparnétique, Gilles, médecin de l'hôpital psychiatrique de Pau, affirme que l'état nerveux du malade peut créer des ennuis au phthisiologue ; l'instabilité, l'irritabilité, l'agitation anxieuse viennent affaiblir la résistance générale du tuberculeux et contrarier la cure, parfois empêcher certaines interventions nécessaires : pneumothorax ou phrénicectomie.

« Parfois, les troubles psychonévropathiques acquièrent suffisamment d'intensité pour qu'appel soit fait à l'intervention du psychiatre ».

« Le problème qui est alors posé au psychiatre se résume ainsi : « Améliorez l'état nerveux, sinon je ne peux assurer de guérir le poumon » alors que de son côté le psychiatre est bien tenté de penser : « Annoncez au malade que ses poumons sont guéris, sinon il m'est très difficile de supprimer l'état nerveux ».

« En effet, le phthisiologue qui constate qu'à côté de ses excités, nombre de ses malades sont calmes et dociles est moins enclin que le psychiatre à accepter cette interdépendance de l'état tuberculeux alors que, pour le psychiatre, rien ne le satisferait tant que la possibilité d'une explication organique des réactions psychiques ».

L'auteur s'intéresse également aux névrosés. A leur sujet, il écrit : « la souffrance commande au psychiatre de leur apporter tout le soulagement possible. D'un autre côté, le phthisiologue débordé par l'excitation et la révolte de ses malades et qui les voit compromettre leur cure pulmonaire, lui demande d'user de toutes ses ressources pour les calmer. Et, de fait, l'apaisement et le réconfort que le psychiatre, spécialiste de la patience, peut donner dans ce cas, se mesure au sentiment d'attachement qu'il provoque chez les Aparnétiques ».

Pour paraître évident, l'intérêt de la collaboration du psychiatre et du radiologue n'a pas moins dû être signalé avec beaucoup d'insistance par plusieurs auteurs, avant d'être admis par les administrations, et dans le pavillon des tuberculeux hommes de Chezal-Benoist, le plan primitif ne comportait pas de services radiologiques. De pareilles lacunes, incroyables à l'époque actuelle, montrent combien il est nécessaire de répéter inlassablement des vérités qui semblent élémentaires.

Au congrès de Lille (1930), Privat de Fortunie et Geney ont insisté sur le fait que les signes fonctionnels sont généralement peu marqués : « par suite d'une diminution de réaction chez les déments, la toux fait souvent défaut et l'expectoration manque parce que les malades avalent leurs crachats, fait qui n'est pas étranger en pareil cas à l'apparition d'entérites bacillaires. Tantôt, il s'agit de formes à début insidieux, à marche lente et rénitente, caractérisée par une série de période d'aggravation et d'amélioration. Il est ainsi fréquent de constater une certaine discordance entre l'état général des malades apparemment florides et la présence de lésions pulmonaires. Ces dernières provoquent d'ailleurs rarement des hémoptysies ».

Pour Mlle Pascal et Doussinet : « la palpation, la percussion et l'auscultation sont incapables de donner l'inventaire exact des lésions anatomiques. On se heurte au « Négativisme respiratoire », le malade refuse de respirer, de tousser, de parler à voix haute ou basse, de compter..., etc. Il est certain qu'il y a chez ces malades des lésions mal traduites ou inauscultables. Pour cette raison, nous n'avons pu noter que très peu de signes sthétacoustiques. Seuls de gros souffles cavitaires sont tardivement perçus. Mignot et Legrand ont déjà signalé l'importance de ce fait et ont particulièrement insisté sur l'absence de douleurs thoraciques. »

« L'analyse des signes fonctionnels est également insuffisante pour déceler une toxémie bacillaire ou une lésion anatomique. La toux, l'expectoration, la dyspnée, la température manquent chez la plupart de ces malades. » Ils notent que l'hypothermie est habituelle, poussée thermique le plus souvent à la fin de la phase hectique seulement. L'apyrexie ou l'état subfébrile (37°8-38°) est le caractère habituel de la tuberculose chronique chez les hébéphréniques. L'hypotension est fréquente.

En résumé, l'examen clinique fournit des données inégales et incomplètes aussi l'examen radiologique supplée dans une large mesure à l'insuffisance de l'examen clinique. En effet, Lauzier, Baruk,

Bidermann et Blumenfeld examinèrent 204 déments précoces et découvrirent 82 tuberculoses pulmonaires. Il s'agit presque toujours d'une tuberculose à lésions non évolutives, abortives ou fibreuses. C'est pourquoi de telles tuberculoses passeraient inaperçues sans examen radiologique systématique. En dehors même de tout pavillon spécialisé, tout hôpital psychiatrique devrait comporter une installation radiologique, au moins sommaire, pour l'examen de tous les entrants et la revision périodique des pensionnaires anciens : c'est la mesure prophylactique la plus efficace en même temps que la plus facile à pratiquer. Mais il va de soi qu'on ne saurait, surtout dans un service spécialisé, se passer de la présence du radiologue et du phtisiologue : ni l'un ni l'autre n'existent au pavillon de Chezal-Benoist, isolé en pleine campagne à 18 kilomètres d'Issoudun.

A Maison-Blanche, le Dr Gourion premier médecin du pavillon, a eu le privilège de rencontrer d'emblée la collaboration du Dr Misset, radiologue de l'Hôpital Henri-Rousselle, qui a mis toute sa compétence à assurer le diagnostic de la tuberculose pulmonaire. Mais le phtisiologue manquait encore jusqu'à ce que le Dr Vié ait pu s'assurer le concours du Dr Pierre Bourgeois, médecin des Hôpitaux de Paris et du Sanatorium de Brévannes. C'est grâce au Dr Bourgeois que nous avons pu introduire, dans la pratique courante du service, le pneumothorax artificiel, bénéficier des indications des plus récentes de la thérapeutique spécialisée concernant les sels d'or, l'antigène méthylé, etc... Le Dr Bellin, médecin consultant de Brévannes, chef de clinique à la Faculté, élève du Dr Pierre Bourgeois et qui vient de lui succéder, continue dans le même esprit la collaboration phtisilogique.

L'intérêt de la collaboration du phtisiologue et de l'orthopédiste est lié à la fréquence des tuberculoses mixtes. Nous lisons dans un article du Dr Pierre Bourgeois qui s'est livré à une étude particulière de la question : « Le diagnostic des tuberculoses mixtes est posé dans des conditions très variables. Le plus souvent, la tuberculose la plus apparente est l'affection chirurgicale, le mixte sera alors l'hôte d'un service de chirurgie. Il importe donc que le personnel chirurgical pense à la possibilité de lésions pulmonaires associées et pratique, de la façon la plus systématique, la radiographie de contrôle et l'examen des crachats avec homogénéisation, nécessaires au dépistage des lésions pulmonaires.

« Si, au contraire, l'affection pulmonaire, première en date, a conduit le malade dans un service de médecine, l'affection chirurgicale

sera précocement reconnue et le diagnostic de tuberculose mixte fait avec moins de difficulté.

« De toute façon, il faut que le tuberculeux mixte ne séjourne ni en médecine, ni en chirurgie et n'encombre pas les services hospitaliers urbains. Il doit pouvoir être admis... dans un centre suburbain.

« C'est le rôle de l'établissement suburbain... d'appliquer les traitements orthopédiques qui s'imposent et de faire le bilan complet des lésions pulmonaires avec application... des thérapeutiques pulmonaires, collapsothérapie ou autres qui s'imposent.

B. *L'interne.* — L'administration a bien compris l'utilité d'un interne spécial pour le pavillon. Les malades qui s'y trouvent ont besoin de soins attentifs et journaliers. Mais le rôle de l'interne ne se borne pas là, et tous nos prédécesseurs, et nous-mêmes, avons porté un intérêt tout spécial vers le côté radiologique de notre tâche. Nous nous sommes initiés auprès du Dr Misset au maniement des appareils, en même temps qu'au diagnostic radiologique de la tuberculose. Nous avons dit l'intérêt des opérations de dépistage systématique ; nous-mêmes, sous l'impulsion des événements, avons fait défiler sous nos yeux toutes les malades de la 1^{re} section (Dr Beaudoin) et de la 5^e section de l'hôpital. Nous reviendrons plus loin sur les résultats de cette opération.

C. *Personnel infirmier.* — Le personnel infirmier du pavillon sanatorial de Maison-Blanche est composé d'infirmières prises parmi le personnel de l'établissement, pour la plupart titulaire du diplôme d'infirmière des hôpitaux psychiatriques de la Seine.

Le cadre du personnel comporte pour chacune des trois équipes de la journée :

1^o Equipe du matin (6 heures à 14 heures) :

1 surveillante et 8 infirmières ;

2^o Equipe de l'après-midi (14 heures à 22 heures) :

1 surveillante et 6 infirmières ;

3^o Equipe de veille (22 heures à 6 heures) :

4 infirmières. La surveillante du service de veille de la V^e section dont relève le pavillon, faisant des tournées périodiques.

Au service de radiologie, une infirmière spécialisée est chargée de la manipulation et de l'entretien des appareils, ainsi que du développement des radiographies sous la direction du médecin radiologiste.

Le recrutement du personnel est fait après examen radiologique auquel il conviendrait d'ajouter un examen de crachat, une cuti-réaction ou intra-dermo-réaction si nécessaire. Il faudrait bannir du service toute personne dont les deux derniers examens seraient négatifs. Cette sélection doit être beaucoup plus sérieuse dans un établissement d'aliénés que dans un service normal de tuberculeux ; en effet, malgré tous les soins qu'il puisse prendre, le personnel est beaucoup plus exposé. Il existe un assez grand nombre de malades crachant à droite et à gauche et même sur les personnes entrant dans leur chambre (N'avons-nous pas reçu, lancé par une malade, le contenu d'un crachoir). Le nombre des malades gâteuses est aussi assez important et le personnel soignant doit, à longueur de journée, manipuler des linges souillés et par des crachats épars et par des selles dans lesquelles se trouvent des bacilles. Tous les six mois le personnel infirmier subit un examen radioscopique complété par des radiographies si c'est nécessaire.

Au point de vue hygiène, le personnel jouit d'un vestiaire bien agencé comprenant douches, lavabos et water-closets.

Il nous semble que l'on pourrait donner au personnel du pavillon sanatorial un supplément alimentaire ainsi que le fait l'assistance publique de Paris, soit sous forme d'une indemnité pour suralimentation, soit sous forme de menus améliorés.

CHAPITRE III

Fonctionnement du pavillon. Etat statistique.

Le pavillon spécial des tuberculeuses de Maison-Blanche reçoit des femmes internées dans tous les hôpitaux psychiatriques de la Seine.

MODE D'ADMISSION.

Autrefois, le pavillon sanatorial ne recevait les malades que par transfert sur demande ayant suivi toute la voie administrative ; la lenteur excessive non seulement ne répondait pas à la nécessité d'isoler une porteuse de bacille de Koch, mais encore moins à la possibilité d'entreprendre un traitement urgent et, il arrivait même que la malade soit décédée avant que soit obtenue l'autorisation nécessaire.

Actuellement, grâce à l'intervention de M. le Dr Vié, Médecin-chef du pavillon dont nous reproduisons la lettre adressée à Monsieur le Préfet de la Seine, les malades sont admises dans des conditions semblables à celles de l'admission au pavillon de chirurgie de Sainte-Anne.

« Depuis que M. le Dr Bourgeois, médecin-chef du sanatorium de Brévannes, a été chargé d'assurer la partie phthisiologique du pavillon sanatorial, il est apparu d'un grand intérêt de lui présenter en consultation des malades tuberculeuses des autres services ainsi que des autres hôpitaux psychiatriques de la Seine, de façon à ce que le traitement continu à être assuré dans les services d'origine, lorsqu'il s'agit de tuberculoses discrètes (non ouvertes). On étend ainsi l'action prophylactique et thérapeutique du pavillon dont le nombre de lits serait, par ailleurs, bien insuffisant pour hospitaliser tous les sujets qui en seraient justiciables.

« Mais lorsque parmi ces consultantes, il s'en trouve dont l'état se

révèle à l'examen plus particulièrement sérieux ou susceptible d'aggravation rapide, on ne peut jusqu'ici les recevoir immédiatement au pavillon, on est obligé de les laisser repartir dans leur service d'origine, jusqu'à l'accomplissement régulier des formalités de transfert. Ces formalités sont parfois fort longues.

« De ce fait, en dehors du déplacement renouvelé qui fatigue les malades, on perd un temps souvent précieux pour la mise en jeu de la thérapeutique, et on laisse pour une nouvelle période ces sujets contagieux au milieu des autres malades.

« Ne pourriez-vous pour l'admission au pavillon sanatorial autoriser que, dans le cas d'urgence, on y laisse la malade en régularisant ensuite dans le plus bref délai sa situation administrative.

« Pour les malades placées d'office, il faudrait dans ce cas, que Monsieur le Directeur de Maison-Blanche soit autorisé à les recevoir à titre provisoire, en attendant l'arrêté de transfert pris par Monsieur le Préfet de Police.

« Ce serait un régime voisin de celui qui existe au pavillon de chirurgie de Sainte-Anne et il en résulterait une grosse amélioration pratique au point de vue thérapeutique et hygiénique ».

Monsieur le Préfet de la Seine donna avis favorable à cette demande et ainsi le service peut recevoir sans retard les malades si le phtisio-logue juge que leur état nécessite un séjour au pavillon sanatorial.

PROVENANCE DES ENTRANTES.

	1935	1936	1937	1938	1939	1940	1941	1942 (six mois)
Maison-Blanche.....	31	16	30	21	35	50	24	21
Sainte-Anne.....	13	19	17	26	26	8	8	4
Villejuif	22	4	3	2	2	10	6	4
Moisselles	1	0	1	0	6	1	0	0
Ville-Evrard	1	0	0	2	7	4	6	6
Vauchuse	1	2	0	1	0	5	1	4
Total.....	69	41	51	52	76	78	45	39

Nous remarquons dans ce tableau que les établissements qui envoient au pavillon sanatorial le plus de malades sont : les hôpitaux de Sainte-Anne et de Maison-Blanche.

De Sainte-Anne, la plupart des malades sont adressées directement par le service de l'admission dont les médecins-chefs MM. Th Simon puis X. Abely ont pris soin de désigner pour le pavillon sanatorial les malades provenant de sanatoriums ou poursuivant des traitements

dans des dispensaires ou celles chez qui, ils décelaient des lésions pulmonaires. Il y a là une première barrière prophylactique et thérapeutique dont on ne saurait trop souligner l'opportunité.

En ce qui concerne Maison-Blanche, le grand nombre de malades est le résultat d'un dépistage sérieux de la tuberculose rendu plus facile par les examens systématiques et répétés des malades à la radioscopie et à la radiographie pour les cas jugés d'interprétation plus délicate. En effet, comme nous l'avons déjà dit l'examen stéthacoustique d'un aliéné est très souvent sinon impossible tout au moins très difficile, étant données l'incompréhension manifeste et l'interprétation anormale des ordres reçus qui existent dans de très nombreux cas. Ce nombre de malade, traduit aussi l'intérêt plus grand qu'apportent au dépistage de la tuberculose les médecins-chefs de l'établissement.

Il faut noter l'augmentation progressive des malades venant de Ville-Evrard. La raison est que les médecins-chefs ont pris l'habitude d'envoyer à la consultation de phthisiologie de plus en plus de malades. Ainsi il a été examiné, en 1941, 437 malades alors qu'en 1936, 26 malades seulement étaient venus à seule fin d'examen pulmonaire. Il est à noter que trois malades (hommes) de Ville-Evrard ont un pneumothorax thérapeutique créé au pavillon sanatorial et suivi toutes les semaines. On a pu ainsi réaliser un traitement ambulatoire pour les hommes qui ne pouvaient bénéficier de notre pavillon réservé aux femmes.

MOUVEMENT DU PAVILLON.

Depuis la mise en service du pavillon en avril 1935, les mouvements de l'effectif se sont effectués de la façon suivante : le nombre des lits étant fixé, en principe, à 65.

	Malades au 1 ^{er} janvier	Entrées	Décès	Liberté	Transfert	Changement de Pavillon
1935	—	69	17	5	1	3
1936	43	41	21	3	1	4
1937	55	51	20	2	2	15
1938	63	52	27	13	0	18
1939	57	76	29	14	14	14
1940	61	78	26	9	5	20
1941	84	45	35	8	0	20
1942	66	39	16	1	0	14

(six mois)

On constate sur le tableau statistique que chaque année, un certain nombre de malades quittent le pavillon sanatorial pour rentrer dans

le service général. Toutes ces malades ne sont pas « guéries » de leurs lésions pulmonaires, mais soit que la poussée évolutive ait tourné court, soit qu'il s'agisse de vieilles scléreuses fixées ou de tuberculoses ganglionnaires ou cutanées, ces femmes ne présentant pas d'expectoration bacillifère, n'ont plus d'intérêt à rester au pavillon spécial où elles occupent inutilement des places.

Néanmoins, elles doivent rester soumises à une surveillance attentive, à des contrôles radiologiques, et bénéficier d'un régime alimentaire particulier. Jusqu'ici, elles sont disséminées dans les pavillons de la V^e Section, mais le Dr Vié pense qu'il serait indiqué de les grouper dans une même salle. Il faudrait qu'elles puissent y retrouver, grâce à certains aménagements, les conditions de calme et d'aération du pavillon sanatorial. Ceci constituerait un pavillon de post-cure qui serait le complément indispensable du pavillon sanatorial.

DÉCÈS.

Considérons le pourcentage de décès par rapport à la population traitée depuis l'ouverture du pavillon.

1935	1936	1937	1938	1939	1940	1941
26,9 %	26,5 %	20 %	23,6 %	21,5 %	18,7 %	27,1 %

Dans la période de début, l'élévation du taux répond au mauvais état des premières malades reçues. Puis de 1937 à 1940, l'amélioration du recrutement en même temps que celle des moyens thérapeutiques permettait une amélioration sensible des résultats.

Depuis la fin de 1940, on assiste à une ascension rapide du taux de la mortalité. La multiplication des formes aiguës, la dénutrition des tuberculeuses chroniques favorisant l'éclosion de poussées terminales sont les responsables d'un état de choses que ne modifie pas l'amélioration actuelle légère, mais indiscutable du régime alimentaire des hôpitaux psychiatriques de la Seine.

Il est d'ailleurs bien curieux de comparer les variations de la mortalité du pavillon sanatorial et celle du service général adjoint de la V^e Section.

Pourcentage de décès :

Année	1938	1939	1940	1941
Pavillon sanatorial ..	23,6 %	21,5 %	18,7 %	27,1 %
Service général	4,9 %	4,4 %	8,4 %	20 %

Toutes proportions gardées, la mortalité du pavillon sanatorial a donc subi une augmentation beaucoup moins forte que celle du Service de psychiatrie générale et d'épileptiques. L'énorme accroissement de décès que l'on constate dans ce dernier relevé uniquement de la cachexie sous ses diverses formes : les unes (progressive simple, avec entérite, avec œdèmes) n'étaient jamais observées auparavant ; les autres (déméntielles, séniles) demeuraient très rares. La cachexie compte 91 décès à son actif en 1941 ; il n'y a eu aucune maladie infectieuse épidémique. La plupart de ces malades avaient passé un examen radiologique et n'avaient pas de lésions tuberculeuses.

Par contre, si l'entérite tuberculeuse a marqué la plupart des cachexies terminales de nos tuberculeuses, on n'a constaté chez elles qu'exceptionnellement des manifestations œdémateuses.

CHAPITRE IV

Remarques psychiatriques.

Depuis l'ouverture du pavillon sanatorial on y a traité 457 malades. Nous ne rapportons qu'à titre indicatif la liste des catégories nosologiques sous lesquelles elles furent inscrites car, parmi des malades que nous n'avons pas connues, seul un dépouillement complet des données aurait permis une appréciation rétrospective plus exacte, lorsqu'il ne figure qu'une désignation purement séméiologique (excitation, dépression...)

Démence précoce	112
Psychoses hallucinatoires	65
Débilité mentale	49
Déséquilibre mental	43
Délire mélancolique	38
Dépression psychique	30
Epilepsie	27
Excitation maniaque.....	17
Affaiblissement psychique	16
Confusion mentale	15.
Ethylisme chronique	14
Psychose tuberculeuse	13
Paralysie générale	12
Erotomanie	4
Parkinson post-encéphalitique	1
Syndrome de Korsakoff	1

Néanmoins telle quelle, cette liste permet quelques constatations.

La forte prédominance de la *Démence précoce* n'est pas pour suspendu. Elle représente ici presque le quart des cas traités, avec tous les aspects phtisiologiques, les formes torpides signalées par Mlle Pascal, par Lauzier, Baruk et leurs collaborateurs constituent la majorité. Une hébéphrénique actuellement tout à fait démente, impulsive et gâteuse figurait parmi les premières entrantes de 1935 : les lésions évolutives bilatérales ont conservé le même aspect radiologique pom-

melé, qui, chez des sujets normaux aurait annoncé une évolution plus grave : ici, des poussées minimales et peu extensives n'ont pas dépassé une hyperthermie très modique. D'autres malades, qui avaient conservé pendant plusieurs années un état stationnaire, ont été emportées, depuis les restrictions alimentaires, par des poussées aiguës terminales. Certaines ont repris, dans le service de psychiatrie générale, leur vie de malades non contagieuses.

Du point de vue psychiatrique, nous sommes bien mal placés ici pour discuter de la valeur étiologique de la tuberculose dans la démence précoce. Cette vieille question des rapports entre les deux affections peut comporter trois réponses : 1^o la tuberculose étant la cause de la maladie mentale ; 2^o sa conséquence ; 3^o ou bien réalisant une simple coïncidence.

Dans la thèse de Brenugat (1939) faite au Pavillon sanatorial sous la direction de M. Vié se trouvent réunies les grandes lignes du problème, posé depuis Pinel, depuis Morel, Klippel et Lhermitte. Laignel-Lavastine, Claude et Kox ont envisagé l'étiologie tuberculeuse, la tuberculose jouant dans la démence précoce un rôle voisin de celui de la syphilis pour la paralysie générale.

Mais la démonstration rigoureuse en est restée aléatoire, malgré les recherches de tous ordres qui ont été instituées depuis 20 ans. Toutes ont eu pour résultat d'affirmer la fréquence considérable de la tuberculose dans la démence précoce, sans préciser la nature du lieu qui les suit. Les autopsies découvrent des lésions pulmonaires presque constantes, ce qui ne démontre qu'une présence terminale. Les examens radiologiques ont révélé 56 atteintes pulmonaires sur 65 malades de Mlle Pascal, 67 sur 82 malades de Baruk et Lauzier. Mlle Pascal et Vié ont trouvé des réactions de Besredka positives chez 8 de leurs 12 femmes indemnes des lésions radiologiques ; mais il s'agissait de malades ayant déjà une évolution de plusieurs mois, voire de plusieurs années. L'atteinte du système nerveux par la tuberculose est difficile à mettre en évidence et la méthode de Læwenstein avait dès 1930 fait naître des espérances qui ne se sont pas réalisées, l'ensemencement du liquide céphalo-rachidien sur le milieu indiqué par l'auteur viennois cessait d'être positif lorsqu'on éliminait les causes d'erreur décelées par Saenz et Valtis.

Depuis cette déception, dont Claude s'est fait l'écho, notamment à la Société médico-psychologique le 28 mai 1934, l'étiologie tuberculeuse de la démence précoce a paru quelque peu abandonnée. Mlle Pascal ne retrouve même pas le balancement hébéphréno-bacil-

laire, l'alternance métastatique des poussées neurophréniques et tuberculeuses signalées par Claude et Baruk. Chatagnon va plus loin et ne craint pas d'affirmer que la tuberculose « n'a rien à voir dans la pathogénie de la démence précoce. Le premier processus serait une perturbation des échanges nutritifs au niveau des éléments nobles du système nerveux, et la tuberculose n'apparaîtrait que comme une greffe secondaire ». La série des malades du pavillon sanatorial ne démontre par elle-même que la coïncidence : coïncidence qui existe aussi bien chez les paralytiques généraux, les périodiques, les arriérées, etc. etc., qui voisinent dans nos salles.

Un seul fait demeure, qui paraît indiscutable, c'est la forte proportion des démentes précoces qui s'y trouvent. La fréquence tout à fait remarquable de la tuberculose chez les déments précoces demeure le point de départ de toutes les recherches ultérieures, anamnestiques, cliniques pures ou expérimentales, et dans ces divers domaines, tout est à reprendre sur de nouvelles bases. Il est à espérer que là aussi, la collaboration du phthisiologue et du psychiatre pourra porter ses fruits.

L'existence de *psychoses d'étiologie tuberculeuse* certaine semble bien établie. Brenugat, dans sa thèse, rapporte des observations dans lesquelles la chronologie des faits a pu être établie de façon précise : l'imprégnation bacillaire, suivant sa profondeur, peut donner lieu lorsqu'elle est légère, à la « patraquerie bacillaire de Burnand » ; lorsqu'elle est profonde, à des états de dépression mélancolique ou d'euphorie terminale. Mais, en plus de ces disthymies, Brenugat a observé au Pavillon sanatorial (obs. 16 à 35) des psychoses également liées à l'évolution de la tuberculose et présentant une formule clinique particulière, participant de la confusion, de la dépression et de l'hallucination, la confusion n'atteint pas l'obtusion profonde, mais revêt la tonalité d'obnubilation fortement onirique : il s'agit d'un état de rêve flou avec des conceptions délirantes dépourvues de systématisation, souvent imprécises. La dépression n'atteint que rarement le degré de la mélancolie anxieuse et revêt plutôt l'aspect d'inertie avec de vagues idées de culpabilité, atténuées par la résignation fréquente chez les tuberculeux. Enfin, les hallucinations appartiennent surtout au domaine des pseudo-hallucinations auditives et visuelles, de l'automatisme mental, des hallucinations cinesthésiques. L'ensemble donne naissance à des thèmes d'influence, avec de fausses reconnaissances, des idées mystiques et des idées de possession, enfin, souvent des romans érotomaniaques plus ou moins flous, qui portent souvent

l'affection de la malade vers le médecin du sanatorium où elle se trouvait avant l'internement. Des réactions bizarres liées à l'anxiété de la dyspnée — tentatives de fugues, évasion par les fenêtres — motivent dans les autres cas l'entrée dans les asiles.

Ces processus mentaux évoluent parallèlement à la maladie physique, guérissant parfois lorsque la poussée s'atténue, variant d'intensité avec elle, s'aggravant ailleurs jusqu'au décès. Nous avons eu ainsi l'occasion de noter, lors des restrictions alimentaires, la mort de plusieurs malades de la série de Brenugat. Mais le pronostic mental dépend aussi du terrain hydropathique préexistant, et lorsque celui-ci est chargé de lourdes tares, le délire se systématisé davantage, alors que le processus tuberculeux se limite, le caractère confusionnel s'atténue pour faire place à un tableau de délire « paranoïde » incohérent.

Aussi bien la statistique du pavillon comporte-t-elle au second rang les *psychoses hallucinatoires chroniques*. Parmi celles-ci deux groupes sont à distinguer, qui suggèrent des remarques différentes. Lors de l'ouverture du pavillon, Gouriou avait été frappé par l'abondance de ces formes. Mais comme il le remarquait dans l'un de ses rapports médicaux, on avait réuni, pour peupler le pavillon, de vieilles malades, depuis longtemps tuberculeuses qui avaient un long passé « d'hospitalisation », d'où la fréquence des psychoses hallucinatoires chroniques, type Gilbert Ballet, type « délire des dégénérés de Magnan qui fournissent de toutes les malades mentales, les plus longues carrières dans les asiles ».

Nous recevons encore, mais rarement, de ces vieilles habituées des asiles. Par ordre, les délires hallucinatoires bien plus récents d'apparition qui nous arrivent depuis plusieurs années appartiennent surtout aux formes dites « paranoïdes » dont Mlle Jouannais vient de reprendre l'étude dans sa thèse (Paris 1940) faite sous l'inspiration du Dr Vié. Il s'agit de délires hallucinatoires surtout psychomoteurs et anesthésiques mal systématisés avec conceptions fantastiques, dissociation de la pensée et incohérence du langage. Toujours on retrouve dans les antécédents familiaux de lourdes tares qui souvent éclipsent les causes toxi-infectieuses déclenchantes.

Néanmoins, Mlle Jouannais a évoqué les étiologies qui paraissent certaines. Et si la toxi-infection puerpérale tient ici un rôle de premier plan, les rapports de la tuberculose et des formes paranoïdes méritent cependant d'être pris en considération, surtout depuis les recherches que Maurice Hyvert consacre à ce sujet depuis ces der-

nières années soit sur le plan thérapeutique, soit sur le plan biologique. Le 19 octobre dernier, à la Société médico-psychologique, il rapportait les résultats du test tuberculinique de Jacquelin pratiqué chez 17 paranoïdes ; une réponse focale positive fut notée 13 fois ; avec 1 mgr. de tuberculine apparaissaient des phénomènes hallucinatoires ; avec 5 mgr., un syndrome très marqué de confusion, excitation et d'anxiété. Ainsi se pose, sous un nouvel aspect, le problème étiologique de certaines psychoses paranoïdes. Ici encore, il sera, sans doute, possible, au pavillon sanatorial, d'entreprendre des recherches intéressantes.

Nous insisterons encore sur une catégorie de malades ; les *épileptiques*, dont l'étude est facilitée par la proximité du service des épileptiques femmes des asiles de la Seine. Deux notions d'apparence contradictoire ressortent d'un premier coup d'œil sur la tuberculose des épileptiques : c'est d'abord la remarque d'Esquirol : parmi les antécédents des épileptiques, il recherche dans leur enfance « les humeurs au cou », « la toux sèche et quinteuse » qui, pour nous, fait soupçonner les adénites tuberculeuses, l'adénopathie trachéo-bronchique. C'est, par ailleurs, la rareté de la tuberculose pulmonaire évolutive chez les épileptiques. Par ailleurs, l'apparition de celle-ci et son évolution sont considérées par Laignel-Lavastine et Roger Voisin dans le traité de Sergent, par divers auteurs (Queriaud, 1884, Karlsberg, 1934), que citent Marchand et Ajuriaguerra, comme exerçant une action suspensive sur le cours de l'épilepsie.

Cet antagonisme entre l'épilepsie et la tuberculose évolutive, contraste avec la notion, maintenant bien établie par l'expérience, du danger de la cardiazolthérapie chez les sujets porteurs de foyers tuberculeux latents. Or, chez les épileptiques que nous observons journellement, la fréquence des crises n'engendre pas de poussées évolutives.

Le nombre des épileptiques soignées au pavillon sanatorial était demeuré très restreint jusqu'en 1940 ; la tuberculose pulmonaire ne prenait qu'une faible place dans les causes des décès des épileptiques : 1 sur 10 en 1938, 2 sur 4 en 1939, 0 sur 4 en 1940, 2 sur 19 en 1941, 4 sur 17 en 1942 (1^{er} semestre). Et ces épileptiques, devenues tuberculeuses, ne présentaient — avant et depuis l'évolution bacillaire — qu'un nombre de crises restreint (1 par mois maximum). Notons enfin que tous les autres décès sont le fait de la cachexie par dénutrition sous les différentes formes (cachexie simple œdémateuse, entérique, etc...) sans tuberculose puisque toutes ont subi le contrôle radiologique régulier.

Nous ne saurions ici qu'indiquer l'ampleur et le nombre des problèmes posés par ces observations : sur le terrain de l'épilepsie sur son déterminisme biologique, sur les différences qui séparent la crise comitiale des crises provoquées.

Nous n'avons voulu, au cours de ces lignes, que consigner des remarques que nous avons faites avec M. Vié dans notre pratique journalière au pavillon sanatorial, et qui seront sans doute le point de départ des travaux ultérieurs.

Les autres catégories de malades n'ont apporté jusqu'ici que des confirmations banales de notions connues : tuberculoses terminales d'alcooliques chroniques et de paralytiques générales : celles-ci deviennent bien plus fréquentes depuis la période de dénutrition, revêtent le tableau de la broncho-pneumonie à marche subaiguë, et parfois de la phtisie galopante ; tuberculose de débiles et d'imbéciles qui, sans s'être plaintes d'aucun signe fonctionnel, s'épuisent à des travaux d'atelier (buanderie, corvées, etc.) jusqu'à ce qu'éclate une poussée grave, d'où la nécessité, encore une fois démontrée, d'un contrôle radiologique systématique et régulier.

CHAPITRE V

Remarques phtisiologiques.

Le diagnostic de la tuberculose pulmonaire s'établit par la concordance de trois ordres de symptômes : symptômes locaux, symptômes généraux, symptômes bactériologiques, selon la formule de Rist. Néanmoins chez nos malades, ce diagnostic présente certaines difficultés spéciales, qu'il nous a été donné de vérifier au pavillon sanatorial dans notre pratique journalière.

SYMPTÔMES GÉNÉRAUX.

« Un amaigrissement imprévu ne doit jamais nous laisser indifférent, et je me plais à répéter avec beaucoup de mes collègues que c'est pour nous un signe très précieux » écrivait Riaud dans un article intitulé : « Quelques aspects du problème de la tuberculose dans les asiles d'aliénés ». Il convient que le Surveillant comprenne que ce n'est pas une routine et qu'il contrôle, chaque fois qu'il le peut, les pesées faites par les sous-ordres. La pesée systématique est actuellement entrée dans les mœurs des asiles et nous ne croyons pas qu'il existe un établissement où ce contrôle ne soit pas fait périodiquement.

L'anorexie dont l'amaigrissement est une conséquence doit être signalée dans le rapport journalier du chef de quartier. Ce dernier comme le rappellent Raynier et Beaudoin, est spécialement chargé d'assister à la distribution des aliments et de veiller à ce qu'elle soit faite conformément aux prescriptions des cahiers de visite... c'est-à-dire qu'à chaque malade doit être servie la part qui lui revient et que sa non-consommation ne doit pas passer inaperçue ».

La température dont l'élévation est d'une importance capitale pour le diagnostic doit être prise matin et soir aux mêmes heures et si possible après une demi-heure de repos allongé. Très fréquemment d'ailleurs l'état mental du sujet ne permettra de s'approcher que de

bien loin de ces conditions idéales et il sera, en fait, impossible de rechercher efficacement l'instabilité thermique. Il est à noter que chez certaines malades particulièrement inertes : déments précoces aux phases avancées de la maladie, mélancolie avec stupeur et mélancolie chronique, idiotie ou imbécillité avec inertie, la température habituelle peut être plus basse que la normale, et par suite, les élévations thermiques, elles-mêmes peu amples, peuvent passer inaperçues si l'on s'en tient à la valeur absolue du chiffre constaté. Ces faits sont devenus plus fréquents et d'une ampleur bien plus considérable depuis que les malades sont en état de dénutrition. De nombreux sujets ont des températures habituelles ne dépassant pas 36° et dès lors 36°5, 37° marquent un état fébrile. Chez les insuffisants cérébraux l'élévation thermique ne peut donc être appréciée comme chez les sujets mentalement normaux. L'importance des sueurs nocturnes est bien connue : « il n'est pas impossible que les infirmiers sachent remarquer les transpirations nocturnes anormales. Tel malade « mouille son lit régulièrement qui n'accusait spontanément aucun trouble » (Raynier et Beaudoin). Il n'est que de découvrir, au matin, le lit et de constater un aspect froissé particulier du linge, des draps et des oreillers qui ne trompe guère.

La toux et l'expectoration doivent être signalées aussi longtemps qu'elles persistent et même si « à l'occasion d'un examen, le médecin a déclaré qu'il n'y avait rien, que ce n'était rien. Il n'en sera peut-être pas toujours ainsi. De même, dit Perrot, le personnel infirmier pourra aider efficacement au diagnostic différentiel parfois délicat, chez l'aliéné, d'une hémoptysie.

SYMPTÔMES LOCAUX.

Les symptômes locaux sont très atténués surtout chez les déments précoces.

Le malade refuse de respirer, de tousser, de compter, souvent l'interprétation des ordres est tellement fantaisiste qu'il est absolument impossible d'ausculter convenablement un poumon et c'est pour cette raison que la radiographie est le principal élément d'un examen complet pour le diagnostic d'une tuberculose.

Mlle Pascal, Lauzier, Baruk, Bidermann et Blumenfeld, en particulier, se sont intéressés à l'examen radiologique de leurs malades.

Mlle Pascal a constaté que la forme dominante est la tuberculose cicatricielle, forme abortive de Bard (52 cas sur 90) tuberculose

enkystée, foyers fibreux qui ont rarement tendance à la marche extensive et progressive.

Lauzier, Baruk, Bidermann et Blumenfeld examinèrent 204 déments précoces ; ils découvrirent 90 cas de tuberculose dont 82 de tuberculose pulmonaire, soit une proportion de 24 %. La proportion de beaucoup la plus importante est fournie par les cas de tuberculose abortive, inactive ou cicatricielle, puisque nous avons trouvé 60 cas sur 82 appartenant à cette forme, soit une proportion de 73 %. Tuberculose fibreuse, 17 cas sur 82 (20 %), tuberculose fibro-caséuse, 5 cas (5 %). Pas un seul cas de tuberculose caséuse sur 82 malades. Il s'agit donc presque toujours d'une tuberculose à lésions non évolutives, abortives ou fibreuses. C'est pourquoi de telles tuberculoses passent facilement inaperçues et demandent à être mises en évidence par des investigations sérieuses des antécédents et des examens radiologiques ».

SYMPTÔMES BACTÉRIOLOGIQUES.

1^o Tuberculino-réaction.

En 1907, Raviart pratique l'ophtalmo-réaction sur 30 malades : 18 s'avèrent positives.

En 1910, Soutzo et Dimitresco, de Bucarest sont frappés du grand nombre de réactions positives (42 cas sur 63).

En 1926, au Congrès de Lausanne, Mira, T. Rodriguez Arias et T. Seix, de Barcelone rapportent « qu'entre les différents groupes de malades mentaux, les oligophréniques (88, 3 %), les schizophréniques (74 %) et les épileptiques (78 %) sont ceux qui ont donné un pourcentage le plus élevé de réactions positives à la tuberculine.

En 1932, Mlle Pascal et Doussinet obtiennent des résultats positifs dans tous les cas sauf quatre.

Baruk observe chez ses malades des réactions très étendues et prolongées.

En 1934, Beck trouve la réaction positive chez 96 % de déments précoces, 91 % chez les autres.

Maillefer trouve 84 % de résultats positifs.

Tous ces faits sont conformes aux idées de Sergent, L. Bernard, Baron et Pruvost qui pensent que la tuberculino-réaction n'a de valeur diagnostique que pour signaler la perte de l'état d'immunité.

2^o Recherche des anticorps dans le sérum : séro-réaction de Besredka.

Ameghino d'un côté, X. Abely de l'autre trouvent environ 80 % de résultats positifs.

En février 1930, J. Vié dans une communication à la Société de psychiatrie met en valeur le parti qu'on peut tirer de la réaction de Besredka. « Nous insisterons plus longuement sur la réaction de Besredka qui nous a permis d'envisager la notion d'Anergie chez les déments précoces. On sait que la réaction de Besredka est l'indice d'un processus tuberculeux en activité qu'il soit décelable par la clinique ou qu'il demeure à l'état latent. La réaction est négative dans certains cas où l'organisme débilité, incapable de produire des anticorps spécifiques, se trouve dans cet état que les sérologistes appellent « Anergie ».

La réaction a été pour la première série de 100 cas étudiés :

Positive	23 fois
Positive faible	3 fois
Négative	74 fois

Parmi les malades dont le Besredka était négatif, certains présentaient des signes cliniques évidents. »

En 1910, Hamet et Courtier trouvent 27,3 % de cas positifs, en 1934, Baruk et Bidermann trouvent 26 cas positifs sur 65, mais en 1935 Beck, Ogden et Whelen trouvent négatif l'examen du liquide céphalo-rachidien.

3^e Vernes. Résorcine.

Capgras en 1932 déclare que cette réaction n'a de valeur qu'à la condition d'être répétée plusieurs fois à un ou deux mois d'intervalle.

Mlle Pascal trouve 12 cas au-dessus de 30; 19 cas entre 16 et 30.

Baruk sur 65 malades trouve 30 cas positifs.

Beck, en 1934, rapporte que la réaction est positive dans 21,5 % des cas si l'on fait la réaction de Verne dans le sérum et négative dans tous les cas (42) si l'on traite le liquide céphalo-rachidien.

4^e Hémoculture.

Lœwenstein appliquant sa méthode à 332 cas aurait réussi à déceler 142 cultures positives dans le sang ou le liquide céphalo-rachidien.

En 1932, d'Hollander et Rouvroy trouvent 10 cas positifs sur 30.

En 1934, Claude et Coste à Sainte-Anne, Waltis et Van Deinse à Pasteur obtiennent des résultats contradictoires. Troisier et De Sanctis Monaldi attirent l'attention sur le fait que le B. K. virus de sortie est un fait banal. La sortie du bacille saprophyte accompagne le processus aigu en évolution sans prendre part à son action nosogène.

La même année, Saenz et Costil invoquent comme cause d'erreur les micro-cultures non repiquables. Saenz et Mlle Pascal n'ont aucun cas positif sur 41. Rodiet et Maillefer n'ont pas plus de résultat (0 m. 18). Giupfre, sur 50 malades dont 25 présentaient des lésions bacillaires confirmées cliniquement et bactériologiquement, a eu seulement 3 cas positifs.

5° Inoculation du liquide céphalo-rachidien.

En 1931, Toulouse, Valtis, Schiff, Van Deinsen provoquent une tuberculose chez le cobaye auquel ils s'injectent 5 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien d'un dément précoce n'ayant par ailleurs aucun signe clinique, radiologique ou humoral de tuberculose.

En 1932, d'Hollander et Rouvroy inoculent le liquide céphalo-rachidien dans les ganglions et le péritoine des cobayes ; les résultats sont positifs après 4, 6 et 8 jours. Puca trouve une réaction positive 10 fois sur 47 cas.

En 1933, Coste, Valtis, Van Diense ont 9 fois sur 15 des inoculations positives (bacille acido-résistant).

6° A côté de toutes ces réactions humorales de pratique courante, mais qui cependant ne peuvent être faites que par un laboratoire possédant une instrumentation assez importante et un personnel particulièrement entraîné, il est possible de faire actuellement dans tous les hôpitaux psychiatriques des recherches de B. K. (examen direct et homogénéisation). Souvent la difficulté dominante sera l'impossibilité de se procurer des crachats, soit que le malade refuse absolument d'expectorer dans un crachoir, soit qu'il déglutisse ses crachats (enfants). Il faudra, dans ces conditions, avoir recours au lavage d'estomac qui est, assez souvent, très bien supporté, ou bien, pour les malades sales, ramasser soit sur les draps, soit sur le parquet les crachats qui peuvent s'y trouver.

Il est à noter qu'avec les difficultés d'alimentation de l'époque actuelle, comme nous le faisait remarquer, en particulier, le Dr Chanés, médecin-chef de Ville-Evrard, à l'occasion de malades qu'il nous envoyait, l'examen de crachats pratiqué à plusieurs reprises dans certains cas de cachexie où l'on soupçonnait la tuberculose, n'est devenu positif qu'avec l'apparition de la poussée aiguë terminale. Nous avons eu l'occasion, pendant les deux années passées au pavillon de noter des particularités évolutives et surtout d'observer des formes aiguës. Mais leur fréquence toute spéciale est liée aux circonstances actuelles, aussi en avons-nous présenté l'étude dans un chapitre spécial consacré aux problèmes d'actualité que pose la tuberculose dans les hôpitaux psychiatriques.

CHAPITRE VI

Problèmes d'actualité.

Depuis plus d'un an, les spécialistes ont noté une recrudescence générale de la tuberculose pulmonaire, et particulièrement la proportion élevée des formes graves à évolution rapide. A la Société médicale des Hôpitaux, le 30 mai 1941, A. Ravina, V. Pecher, M. Bucquoy et Mlle Pujol. Ameuille la signalaient chez les adultes, P. Bourgeois et R. Didier chez les enfants ; De Léobardy et Mlle Marclan, Berthet à la Société pour l'étude de la tuberculose le 28 juin 1941 ; Fiessinger, Leroux et Fauvet à l'Académie de médecine le 28 octobre 1941, Duthoit, Warembourg et Bocquier le 24 janvier 1942 à la Société de médecine du Nord étudiaient des faits du même ordre.

Le pavillon sanatorial de Maison-Blanche, qui reçoit les femmes tuberculeuses des hôpitaux psychiatriques de la Seine nous a fourni un centre d'informations intéressant pour apprécier le développement et les modalités de la tuberculose apparue chez des malades gravement atteintes par la sous-alimentation. Dans une communication à la Société médico-psychiatrique le 22 juin 1942, MM. Vié, Pierre Bourgeois, Mlle Messin et nous-mêmes avons présenté les résultats de nos observations concernant la fréquence des tuberculoses aiguës et le rôle de la sous-alimentation dans la genèse de leur éclosion. Cette communication fut suivie d'une longue discussion au cours de laquelle plusieurs médecins des hôpitaux psychiatriques confirmèrent nos remarques. Et la sanction pratique en fut une démarche du Bureau de la Société médico-psychologique auprès du Secrétaire général de la Santé publique dans le but d'attirer son attention sur l'alimentation des malades internés.

Nous rapportons ici les principales données de ce travail.

A. — TUBERCULOSES PULMONAIRES AIGÜES.

La majorité des malades traitées, en temps ordinaire, au pavillon sanatorial, étaient des formes chroniques ou subaiguës. L'accroissement des formes aiguës paraît de plus en plus marqué, surtout depuis le début de 1942. On en comptait 0 en 1938 ; 3 en 1939 ; 6 en 1940 (toutes décédées) ; 13 depuis le 1^{er} janvier 1942 (dont 9 décédées). Toutes se caractérisent par un amaigrissement antérieur au début clinique, l'importance des signes généraux (fièvre élevée 38°, 39°, 39°5), la rapidité de l'évolution (de deux semaines à deux mois en général).

1° *Forme micro-nodulaire d'emblée* (3 cas).

Obs. 1. — Olga L..., internée le 10 avril 1931, 31 ans.

Démence précoce, séquelle de psychose puerpérale. « Depuis quelques jours a présenté les symptômes d'une tuberculose pulmonaire à marche rapide ». Teulié, 26 mars 1942.

Démence profonde avec moments d'agitation, discordance accentuée, incohérence et gâtisme.

Poids : 34 kgr. ; T. A. : 8/5 ; fièvre hectique.

Radiographie : infiltration micronodulaire massive bilatérale.

B. K. : + + +.

Décès le 30 avril 1942.

2° *Forme ulcéro-nodulaire*. « Phtisie galopante » des classiques, 4 cas.

Obs. 2. — Maria G..., âgée de 40 ans, internée le 18 octobre 1939 pour un état de dépression mélancolique paraissant en rapport avec une tuberculose pulmonaire à évolution rapide avec fièvre hectique au début et cachexie.

Poids : 27 kgr. ; T. A. : 7/5.

Radiographie : infiltration ulcéro-nodulaire bilatérale à prédominance gauche.

B. K. : + + +.

Décès le 16 novembre 1939.

3° *Forme ulcéreuse rapide*. Apparition très rapide et multiplicité des cavernes qui se constituent sur des zones d'infiltration (3 cas).

Obs. 3. — Simone M..., née en 1909, internée le 26 octobre 1939.

Envoyée le 9 avril 1940 par Teulié. « Etat de dépression avec subconfusion et asthénie profonde, incohérence et gâtisme. Tuberculose pulmonaire bilatérale en évolution. 0 39°7. »

B. K. : + + + ; 0 entre 37 et 38°5.

Radiographie : lobite supérieure droite très nettement délimitée et largement excavée ; infiltration diffuse du poumon gauche avec nombreuses excavations.

Décès le 26 mai 1940.

4° *Infiltration massive d'emblée.* Le processus broncho-pneumonique disséminé prend d'emblée une extension considérable, atteint en quelques jours les deux poumons et évolue très rapidement vers la mort (6 cas).

Obs. 4. — Juliana B..., née en 1918, internée le 12 octobre 1940. Démence précoce à début confusionnel. Amaigrissement progressif.

Le 10 novembre 1940 : radioscopie ; image thoracique normale.

Le 26 août 1941, inertie, fièvre.

Radiographie : infiltration massive bilatérale.

B. K. : + + +.

Décès le 13 octobre 1941.

5° On observe également des *formes morbides mixtes* qui dans leur rapide évolution voient se succéder une infiltration pneumonique lobaire ou pseudo-lobaire, et une dissémination secondaire terminale parfois de type micro-nodulaire (9 cas).

Obs. 5. — Eugénie M..., née en 1912, internée le 17 décembre 1939 pour un état d'excitation et de dépression atypique évoluant depuis plusieurs mois.

Envoyée le 2 mars 1942 dans notre service pour tuberculose pulmonaire avec mauvais état général. Fièvre hectique.

Poids : 37 kgr. ; T. A. : 8/6.

Radiographie : infiltration massive de la majeure partie du champ pulmonaire droit.

Un essai de pneumothorax se heurte à une symphyse pleurale.

Dissémination secondaire au poumon gauche.

Décès le 14 avril 1942.

6° Nous insisterons sur le mauvais pronostic actuel des *épanchements pleuraux primitifs* de nature tuberculeuse. Les huit cas que nous avons observés ont évolué rapidement vers la mort, consécutive à un envahissement secondaire du poumon par un processus micro-nodulaire.

Obs. 6. — Georgette D..., née en 1918, internée le 21 mai 1940.

Débilité mentale profonde avec épilepsie, une dose de gardénal à 0,20 puis 0,10 suffit à supprimer toute crise convulsive.

A partir de janvier 1941, amaigrissement progressif de 44 kgr. à 34 kgr. Début clinique de la maladie en mars 1942.

Epanchement pleural droit abondant avec lésion parenchymateuse minime. Poumon gauche intact (16 mars 1942).

Quelques B. K. après homogénéisation.

Ponction pleurale 450 cc. avec établissement d'un pneumothorax.

Défervescence thermique.

Le 30 avril, hémoptysie peu abondante, suivie d'une poussée thermique.

Le 18 mai, la radiographie montre un essaimage micronodulaire prédominant à droite, mais existant aussi du côté gauche.

Décès le 2 juin 1942.

A la faveur de la sous-alimentation, certains auteurs ont signalé la recrudescence de tuberculoses externes, ostéo-articulaires, ganglionnaires, péritonéales, de polysérites et de méningites. M. Dereux, à Lille, a attiré l'attention sur la fréquence des adénites et des abcès froids chez les adultes et les vieillards ; MM. Ravault, M. Girard et J. Brun à Lyon ont observé de nombreuses adénites tuberculeuses chez les sujets âgés, L. Bethoux, à Grenoble, signale la fréquence de la méningite tuberculeuse chez les adolescents et les adultes. Notre expérience sur ce point est demeurée limitée : deux vieilles mélancoliques de la 5^e section ont vu se réveiller et suppurer de vieilles adénites cicatrisées depuis l'enfance. Une tuberculose pleuro-péritonéale est apparue chez une confuse chronique. Ces derniers jours, vient d'arriver au pavillon sanatorial, une tuberculose pleuro-cardiaque. Un seul cas de méningite, de nature indéterminée, chez une imbécile épileptique, a pu être relevée. Il n'y a rien là de comparable à la multiplication des cas de tuberculose pulmonaire.

B. — TUBERCULOSE ET RÉGIME ALIMENTAIRE.

L'amaigrissement est un des principaux signes généraux de la tuberculose. Est-ce à dire qu'un tel signe conserve dans les circonstances présentes sa valeur habituelle ? Nous ne le pensons pas ! La dénutrition croissante ne cesse d'étendre ses ravages, et, diminuant chez chaque malade, la résistance du terrain, laisse éclater d'un jour à l'autre des accidents nouveaux. La surveillance doit donc être continuée et viser, en particulier, les sujets dont les antécédents bacillaires, même lointains, peuvent être connus.

Il ne nous a pas été possible du fait de l'opposition administrative, d'instituer à Maison-Blanche une étude méthodique du régime alimentaire telle que H. Gounelle l'a fait dans le Service de H. Baruk à Charenton. D'ailleurs ce régime, dans l'ensemble bien inférieur au

régime normal de n'importe quel rationné, est marqué, de plus, par des variations considérables tant dans la quantité que dans la nature de ses constituants, ce qui enlèverait toute valeur d'ensemble aux évaluations faites dans un délai limité.

Cependant, l'augmentation de la mortalité du pavillon sanatorial est restée nettement plus faible (toutes proportions gardées) que dans les services généraux. L'étude des poids a montré également une diminution moins forte que chez les autres malades. Ces faits correspondent à un supplément alimentaire très minime : un quart de litre de lait et 15 grammes de margarine par jour et deux rations de viande par semaine. Il est vraisemblable que l'attribution d'un supplément de ce genre, lorsque l'état général n'est pas trop atteint, suffirait à limiter l'extension de la mortalité tuberculeuse.

Il est à noter également la disparition des décès à grands fracas tels les œdèmes aigus du poumon ou les grandes hémoptysies. Depuis l'ouverture du pavillon jusqu'au mois d'août 1940, il y avait eu dans le Service, trois décès par œdème aigu du poumon et sept décès par hémoptysie foudroyante, actuellement, c'est-à-dire depuis août 1940, nous n'avons pas eu de décès dus à ces causes. Il semble même que les petites hémoptysies deviennent beaucoup plus rares. Nous en avons constaté à peine une dizaine par an ce qui est peu, si l'on songe qu'il est impossible de maintenir au lit la plus grande majorité de la population du pavillon et que parmi celles qui se lèvent, il y a de grandes pulmonaires.

C. — EXAMEN DE DÉPISTAGE.

Les signes généraux (toux, expectoration faisant souvent défaut chez les aliénés ; l'amaigrissement n'étant plus spécial aux seuls tuberculeux) n'ayant plus leur intérêt ordinaire, les signes stéthocoustiques étant très réduits, la plupart du temps du fait de la non exécution ou mauvaise interprétation des ordres donnés, la seule méthode efficace de dépistage actuel est un examen radiologique systématique et renouvelé au moins tous les trois mois de tous les malades. Le renouvellement fréquent de ces examens dans les circonstances actuelles, nous apparaît nécessaire, car à plusieurs reprises, nous avons assisté à l'éclosion brutale d'une poussée évolutive chez des sujets qui lors d'un examen récent présentaient une image thoracique sensiblement normale.

C'est dans cet esprit que nous avons, au cours du second trimestre

de 1942, pratiqué l'examen radiologique de toutes les malades transportables de la 1^{re} section (D^r Beaudoin) et de la 5^e section (D^r Vié) de l'hôpital de Maison-Blanche.

A la 1^{re} section, sur 309 malades examinées à la radioscopie 23 furent retenues pour examen radiographique complémentaire : 11 seulement présentaient une image pathologique : 6 cas d'atteinte bilatérale, 5 cas d'atteinte unilatérale plus ou moins étendue.

A la 5^e section, sur 436 malades, 16 sont retenues pour radiographie, 10 images pathologiques, dont deux atteintes bilatérales graves, 3 cas de lésions bilatérales subaiguës, 5 lésions unilatérales, dont une infiltration micronodulaire avec hémoptysie récente qui fut l'objet d'un pneumothorax thérapeutique immédiat.

Remarquons toutefois que si les pourcentages obtenus 3,65 % des malades de la 1^{re} section, 2,77 % des malades de la 5^e section sont faibles, ces deux sections ont envoyé au pavillon sanatorial, au cours des années précédentes, respectivement :

1 ^{re} section :	6 malades en 1938
	12 — 1939
	6 — 1940
	9 — 1941
5 ^e section :	10 malades en 1938
	16 — 1939
	29 — 1940
	6 — 1941

De plus, bien d'autres malades avaient été déjà examinées à l'occasion de petits incidents cliniques.

Mais ces simples faits donnent à penser combien fructueux serait le dépistage dans un service d'asile jusque-là privé de tout examen radiologique.

CHAPITRE VII

Thérapeutique chez les aliénées tuberculeuses.

A l'asile, comme ailleurs, on doit poser un principe intangible : seule l'application de trois méthodes combinées, selon les circonstances, individuelles, est indiscutablement profitable aux tuberculeux. Ces trois méthodes éprouvées sont :

- 1° La cure hygiéno-diététique ;
- 2° La collapsothérapie ;
- 3° La chimiothérapie.

A. — LA CURE HYGIÉNO-DIÉTÉTIQUE.

En 1870, Peter, écrivait ces lignes : « Je ne sais rien de plus hideusement fétide que la chambre à coucher d'un phtisique riche : c'est un endroit soigneusement clos où il est interdit à l'air d'entrer comme à l'espérance : bourrelets aux portes, bourrelets aux fenêtres, épais rideaux enveloppant le lit, où mijote à l'étuvée, dans sa moiteur et dans son air vingt fois prérespiré, vingt fois souillé déjà par le contact de ses poumons ulcérés, le malheureux phtisique. Et ce n'est pas seulement lui qui le souille, cet air, mais l'épouse ou la garde qui le veille ; mais la « veilleuse » de la table de nuit, mais la lampe et le feu du foyer, mais plus encore, les odeurs vicieuses de l'opium ou affaïssantes des tisanes atténuées et les émanations fétides des sueurs, des crachats et des déjections alvines. »

En 1856, Brehmer, dans sa thèse, émettait la théorie que la curabilité devait être obtenue par la cure d'air et de repos. Il suit en pratique cette théorie ou sanatorium de Görbersdorf en Silésie. Son élève Dettweiler l'imita au sanatorium de Falkenstein. A la fin du siècle Beunet et Nicaise précisent les règles de la cure d'air et de repos ; enfin en 1911, Küss pose définitivement les règles de l'aérophorothérapie diurne et nocturne.

La cure hygiéno-diététique comporte, dit Perrot dans sa thèse, sous une discipline sévère, une aération continue, un repos méticuleusement réglé, une alimentation saine, variée et légèrement plus abondante que celle qui serait nécessaire au même individu non malade. C'est la base de la cure sanatoriale. Elle est, certes, d'application théoriquement facile, mais, pour être vraiment digne du qualificatif « Sanatorial », elle doit être soumise à une stricte surveillance médicale compétente qui en assure le respect et la régularité : surveillance par un médecin qui sache que c'est la combinaison, minutieusement réglée de facteurs, qui, pris isolément, paraissent secondaire, fait la valeur de la méthode.

Sur sa valeur et son importance, tous les phtisiologues sont d'accord. Dans une discussion à l'Académie de médecine (1930) à laquelle prirent part Sergent et Bezançon, il a été souligné que la cure de repos et d'air telle qu'elle se pratiquait au sanatorium avant le développement de la collapsothérapie donnait dans certains cas à elle seule des résultats satisfaisants. « Si je défends le principe de la cure sanatoriale, a dit Bezançon, je ne prétends pas qu'elle est suffisante, j'ai simplement l'intention de soutenir qu'elle est nécessaire ».

La cure d'air doit être permanente, effectuée soit par un système de grande aération des locaux, soit dans des galeries de cure. La cure de repos est permanente et totale pour les fébricitants et partant pour ceux dont les lésions sont très évoluées, elle est intermittente pour les autres sujets, alternant avec la mobilité où la marche de manière méthodiquement réglée et s'adaptant aux conditions cliniques propres à chaque sujet.

Bien qu'il soit indispensable de connaître l'horaire-type du sanatorium, nous ne croyons pas qu'il puisse être facilement applicable dans un établissement d'aliénés. Si nous avons pu réaliser au pavillon de Maison-Blanche, une cure de repos au début de l'après-midi de 13 h. à 16 h., il nous a été impossible de faire faire aux malades des séances de cure d'air et de repos le matin et le soir. Il est très difficile d'assurer une surveillance suffisante pour obtenir cette discipline et de plus comme le dit Archimbault : « La question de repos au lit ? Il faudra — quitte à supporter quelques irrégularités dans l'allure du service — savoir permettre certains travaux à des malades qui, en des conditions normales de santé psychique, seraient mises au repos absolu. Certaines malades, excitées motrice, ont besoin d'une activité minima. Les force-t-on à rester au lit ? elles s'y

morfondent, s'y agitent, trichent, se lèvent en cachette, corsent le plaisir de se lever par quelque excentricité de détente.

« Nous avons maintes fois tremblé de voir des malades dont nous savions les lésions étendues aux prises avec un balai, ou roulant un chariot ou courant d'une allure de record dans les couloirs ; elles sont actuellement en bonne santé, leurs lésions ont un aspect sclérosé, elles ont engraisé. On imposera le repos, avec douceur que quand le poids fléchit et que la toux reprend. »

2^o *Diététique*. L'inanition conduit à la tuberculose. Les anciens connaissaient l'avantage d'une alimentation fortifiante, les céréales, le sucre et le lait étaient particulièrement recommandés. Les médecins anglais préconisaient au XVIII^e siècle, la viande, l'alcool, les vins généreux. On rapporte en faveur de l'alcool, l'histoire survenue à un malade de Stoke qui se sachant perdu, voulut passer gaiement ses derniers jours à l'aide de sept verres de punch quotidiens et guérit. Broussais, lui, recommandait d'affaiblir les tuberculeux, non seulement par la saignée, mais par la diète et le régime carné. Plus tard Brehmer et Dettweiler, Fonssagrives, Jaccoud et Leudet préconisent la suralimentation. Il ne faut pas cependant tomber dans les excès commis par Dujardin-Beaumetz, Debove ou à Falkenstein. Dans cet établissement, les malades se mettaient à table six fois par jour, au son de l'orgue, devant des tables chargées de victuailles. Dès 1903, Sabourin démontrait l'influence congestive d'une nourriture pléthorique. Weigert, puis Richet et Héricourt démontraient le bienfait des graisses et de la viande crue et surtout du jus de viande crue. Weill et Mouriquand ont montré l'utilité des éléments végétaux frais et des céréales pour enrayer la marche de la tuberculose du cobaye.

Pratiquement il n'y a pas de régime systématique et nous dirons avec Mouriquand : « Il est nécessaire d'opposer à la tuberculose un régime équilibré, large, abondant, varié, frais, vivant ».

Il faut d'ailleurs, avec nos malades, tenir compte de ce que les aliénés surtout lorsqu'ils sont gravement atteints par la psychose, ont besoin, pour se maintenir, d'un régime alimentaire plus riche que des sujets normaux, des déments (déments précoces, paralytiques généraux, déments organiques, etc.) absorbent, avec voracité, des quantités abondantes de nourriture sans parvenir à pallier à la cachexie qui les menace. Ils gaspillent, certes, beaucoup des mets qu'on leur présente, les avalent souvent sans les mastiquer, ce qui diminue la possibilité d'utilisation. Mais, indépendamment de ces causes, le rendement nutritif paraît moins grand chez les insuffisants céré-

braux, et il y aurait certes là, un fait qui mériterait d'être étudié avec précision.

Quoi qu'il en soit, avant la guerre, on pouvait, au pavillon de Maison-Blanche, fournir aux malades, grâce aux mets de supplément et de remplacement, une alimentation substantielle et abondante. Depuis les événements, l'administration a accordé, à nos malades, en plus du régime commun, le supplément de un quart de litre de lait et 15 gr. de margarine par jour et deux rations de viande par semaine. Pour insuffisant qu'il soit, notamment en sucres, ce supplément n'en a pas moins un effet appréciable.

B. — COLLAPSOTHÉRAPIE.

Laennec considérait, à juste titre, le pneumothorax spontané comme une complication redoutable de la maladie. Cependant, en 1826, Stokes admettait que le pneumothorax spontané pouvait avoir une influence favorable sur l'évolution ultérieure de la maladie. En 1860, le Français Hérard fit des constatations semblables, mais c'est Potain qui le premier eut l'idée d'entretenir l'épanchement gazeux pathologique par l'injection répétée d'azote et en 1898, il put présenter à l'Académie de médecine deux cas de guérison. C'est en 1894, que Forlanini réussit le premier pneumothorax thérapeutique, et en 1905, il publiait une série de 25 cas de guérison par cette méthode. En France, Dumarest et Küss vulgarisèrent la méthode. En 1912, Ascoli substitua à la théorie de la compression curative celle de la simple détente et depuis cette date, la méthode a connu de nombreux succès et l'objet de nombreuses publications.

Nous ne nous appesentirons pas ici sur la description des techniques de création et d'entretien du pneumothorax artificiel, nous allons voir dans quelle mesure cette thérapeutique peut être appliquée aux aliénées. Pour beaucoup de phtisiologues, l'aliénation est une contre-indication. Perrot, dans sa thèse *Le problème de la lutte antituberculeuse dans les asilés d'aliénés* dit : « la crainte d'une modification dans le comportement des malades — phases d'agitation notamment — qui s'opposerait à la conduite régulière et patiente d'un traitement de longue haleine paraît être la cause déterminante de la réserve des phtisiologues, car ils redoutent, à juste raison, qu'un pneumothorax interrompu dans de mauvaises conditions soit plus néfaste qu'utile. Par ailleurs, ils craignent que la malade ne soit pas en état de se conformer à la cure de repos nécessaire ».

Gouriou, dans son rapport médical annuel au Préfet de la Seine écrit, en 1935, ces lignes : « En somme, tous les pneumothorax artificiels institués avant l'entrée des malades au pavillon avait été abandonnés soit à cause de complication dans l'évolution du pneumothorax, soit pour guérison, soit pour état d'agitation.

« L'indication actuelle des pneumothorax artificiels à instituer, s'il en existe dans le service, devrait être posée par un spécialiste phtisio-logue. Il y a lieu de tenir compte de ce fait que les indications semblent réduites, dans des proportions notables, du fait de l'état mental : excitation des malades ».

De son côté, Archaimbault, dans sa thèse *Essai clinique sur les rapports de la tuberculose et des maladies mentales*, dit : « Il est rare que le pneumothorax artificiel puisse être continué, l'état d'instabilité psychomotrice, l'anxiété, l'indocilité, l'opposition, autant de conditions détestables non seulement pour le résultat immédiat de l'intervention (insufflation), mais pour le résultat à distance (évolution vers l'hydropneumothorax et complications).

« Il est à noter que, pour notre part, nous n'avons pu continuer aucun des quelques pneumothorax artificiels que nous avons reçus ; ils avaient été déjà abandonnés au dehors. »

Gouriou, en 1936, répartit les malades du pavillon en deux catégories :

« La première comprend les malades ressortissant du groupe des déséquilibrées psychiques pour lequel il semble qu'une telle thérapeutique exagère l'instabilité, provoque même parfois des interprétations délirantes du type persécution, et plus souvent encore une phase d'agitation. Dans ce cas, il semble qu'il faille être très réservé quant à la possibilité d'entretenir efficacement un pneumothorax.

« Peut-on mieux espérer, dans ce cas, d'une phrénicectomie, opération unique ? Sans doute, certaines de nos malades ont vu leurs troubles mentaux s'aggraver au point de provoquer l'internement, à la suite de cette intervention. Mais on peut penser que, pour un sujet déjà interné, les bienfaits, au point de vue pulmonaire, de cette thérapeutique, permettraient de passer outre à cette éventualité. Cette méthode paraît donc pouvoir être utilement employée dans les cas sus-visés. »

Pendant les vingt mois que nous avons passés au pavillon sanatorial de Maison-Blanche, nous avons, sous la direction de nos maîtres, le Dr J. Vié, médecin des asiles et le Dr Pierre Bourgeois, médecin des hôpitaux, médecin en chef du Sanatorium de Brévannes,

eut l'occasion de constater que l'appréhension manifestée par tous nos prédécesseurs sur la possibilité de créer et d'entretenir un pneumothorax thérapeutique n'était pas justifiée pleinement par la pratique. Nous avons en effet, créé ou essayé de créer ou entretenu 35 pneumothorax artificiels répartis dans les diverses catégories suivantes :

Démence précoce	14
Psychose hallucinatoire	6
Débilité mentale	5
Mélancolie	4
Dépression psychique	3
Démence vésanique	1
Syndrome de Korsakoff	1
Encéphalite épidémique.....	1

Dans trois cas seulement, une réaction d'opposition franchie a rendu impossible la création du pneumothorax, dans tous les autres cas nous avons réussi à insuffler et à entretenir le pneumothorax sauf dans quatre cas le pneumothorax ne fut pas réussi car il existait une symphyse pleurale.

11 pneumothorax ont dû être abandonnés pour bilatéralisation des lésions pulmonaires, cependant un pneumothorax bilatéral a été essayé chez trois de ces malades.

Une section de bride a été faite avec succès.

Un épanchement purulent s'est déclaré au cours d'un pneumothorax, nous avons pratiqué, chez ce malade, des lavages de plèvres sans aucune opposition.

Actuellement, deux malades sont partis pour Chezal-Benoist, 3 autres ont été reprises par leurs familles, si bien qu'il reste 12 malades dont le pneumothorax est entretenu régulièrement et certains depuis plus d'un an. Nous ne voulons pas dire que nous pouvons insuffler les malades, régulièrement, au jour et à l'heure dite, mais il est possible de le faire le lendemain ou le surlendemain en ayant un peu de doigté avec les malades. D'une façon générale, elles acceptent très bien les premières insufflations et le repos consécutif à condition que celui-ci ne soit pas de trop longue durée.

Les complications observées au cours des pneumothorax sont les hydropneumothorax. Il nous a été toujours possible de ponctionner la plupart de ces épanchements sans aucune réaction de la part des malades et lorsque cette opération ne fut pas faite, c'est qu'elle ne se montrait pas nécessaire.

Nous ne classons pas dans la catégorie pneumothorax, les fonctions de plèvre pour pleurésies. Nous avons ponctionné, pour évacuation, huit malades que nous avons insufflées immédiatement pour éviter une décompression trop brusque et surtout une symphyse pleurale dont les conséquences sont désastreuses pour l'établissement d'un pneumothorax qui peut être nécessaire ultérieurement. Cette méthode nous a permis, en outre, de faire des radiographies et, par là, une exploration du champ pulmonaire sous-jacent.

Qu'il nous soit permis de noter en passant la bénignité, toute relative d'ailleurs, des hydropneumothorax et la malignité considérable des pleurésies primitives. En effet, nous n'avons pas eu un malade avec hydropneumothorax que nous ne puissions améliorer tandis que sur les huit pleurésies, arrivées dans le pavillon des tuberculeux, quatre sont décédées dans un laps de temps très court (entre 8 et 15 jours), les quatre autres dans les deux à trois mois qui ont suivi leur entrée.

C. — CHIMIOTHÉRAPIE.

Dans ce chapitre, nous allons traiter de quelques thérapeutiques qui ont été inspirées par la tuberculose et appliquées au pavillon de Maison-Blanche.

I. *Chrysothérapie*. — Le 28 octobre 1924, Hölger Möllgaard communiqua à la Société danoise de Médecine interne les résultats obtenus en quatre années de recherches sur le thiosulfate double d'or et de Sodium qui détruirait le B. K. et modifierait le terrain, cette méthode eut une faveur considérable tant auprès des malades qu'auprès des médecins, mais la toxicité du médicament, ses échecs, le retard qu'il apportait dans l'établissement d'un pneumothorax précoce, firent abandonner presque complètement cette thérapeutique employée isolément.

Pour notre propre compte nous n'avons pas fait de sels d'or au pavillon de Maison-Blanche, mais il nous fut permis d'observer 11 malades qui avaient reçu antérieurement et quelquefois à hautes doses des injections de crislbine :

a) Chez 4 d'entre elles, il semble qu'il y ait eu un temps d'arrêt dans l'évolution (Les troubles mentaux sont apparus chez l'une d'elle au cours du traitement) ;

b) Continuation dans le service (en 1937) du traitement chez trois d'entre elles sans amélioration ;

- c) Arrêt pour troubles gastro-intestinaux chez une porteuse d'ancien pneumo bilatéral ;
- d) Chrysocyanose chez une porteuse d'un oléo-thorax à gauche et d'un pneumothorax à droite ;
- e) Evolution rapide chez les deux dernières.

II. *Calcium*. — La présence de dépôts calcaires dans les lésions bacillaires, la rareté de la tuberculose chez les ouvriers de fours à chaux, la décalcification de l'organisme des tuberculeux, autant de raisons qui ont fait proner l'emploi du calcium. En réalité, ces trois raisons sont inexactes, mais on ne saurait oublier que le calcium a sur les êtres vivants des influences multiples qui justifient son emploi dans le traitement de la tuberculose en dehors de toute action calcifiante : activation des diastases oxydantes (P. Delore) ; stimulation de la phagocytose (Hamburger, etc...) ; action antitoxique (Loeb). Nous avons noté aussi son action éliminatrice dans les épanchements pleuraux. Fait sous la forme de gluconate intraveineux (10 cc. à 10 %) tous les deux jours, il a aussi des propriétés toniques.

III. *Camphre*. — C'est un produit tout à fait secondaire, mais il est employé dans une large mesure comme stimulant et tonique.

IV. *Tuberculine, antigène méthylique, allergine*, etc. — Nous n'avons pratiqué dans le service ni la vaccinothérapie, ni la sérothérapie antituberculeuses, mais nous ne croyons pas que, malgré quelques succès ces méthodes soient destinées à avoir un grand avenir. Nous citerons aussi, sans pouvoir donner notre avis sur ce traitement, un des dernier-nés de la thérapeutique bacillaire, les injections intraveineuses d'huile de foie de morue. Cependant Cugnet dans sa thèse (Paris, 1942) « des injections intraveineuses d'huile de foie de morue dans le traitement du rhumatisme chronique et des tuberculoses externes », rapportent de nombreux cas d'amélioration sensible.

D. — THÉRAPEUTIQUE OSSEUSE ET CUTANÉE.

Les formes mixtes ont, à juste titre, droit à l'hospitalisation au pavillon sanatorial, mais bien souvent nous fûmes obligés pour les appareiller d'envoyer ces malades au service spécial de chirurgie de Sainte-Anne et soit parce qu'elles toussaient et crachaient, soit parce que le service était encombré, ces malades nous revenaient ou non appareillées ou mal appareillées. Ne serait-il pas possible d'avoir une

installation minime, mais suffisante pour la pose de plâtre de toute sorte aussi bien Minerve (il faut un appareil suspenseur) que Delbet, permettant de faire ces opérations sous le contrôle du spécialiste consultant.

Les formes cutanées ont été traitées par les rayons ultra-violets les applications d'huile de morue, les injections de calcium, mais il ne nous fut pas possible de suivre la marche de ces lésions. La plupart de ces malades, ne présentant pas d'expectorations bacillaires, ont dû céder leur place à des porteuses de B. K. et sont perdues dans un service de psychiatrie générale. Nous soulignons donc encore une fois l'opportunité de la création d'un pavillon de post-cure où les malades venant du pavillon sanatorial, resteraient rassemblées, pour ainsi dire en convalescence, tout en demeurant sous la surveillance du phthisiologue.

E. — THÉRAPEUTIQUE PSYCHIATRIQUE.

Enfin, nous indiquerons très brièvement quelles possibilités donne chez les aliénés tuberculeux le traitement spécialisé des lésions pulmonaires. L'existence d'une tuberculose pulmonaire tant soit peu évolutive ou congestive apporte une contre-indication formelle aux méthodes thérapeutiques dont dispose actuellement la psychiatrie. Pour le traitement de la paralysie générale et les syphilis nerveuses, par exemple, la tuberculose fait écarter les arsénicaux, souvent les produits mercuriels, toujours les iodures. Nous employons en général le bismuth (sous forme de Quinby, de bivatol, etc.), sans inconvénient. Mais nous suivons toujours l'état pulmonaire des malades, auxquelles l'ont fait une série médicamenteuse, avec un soin spécial. De même, chez les alcooliques auxquelles est appliqué un traitement de strychnine à hautes doses et de vitamine B₁.

Mais la tuberculose constitue surtout une contre-indication à l'application de traitements de choc. Pour le Cardiazol, M. Demay et ses collaborateurs ont attiré l'attention sur ce point à la Société médico-psychologique lors de la séance de mai 1937, spécialement consacrée aux traitements par le cardiazol et l'insuline. Les constatations des cliniciens ont montré depuis lors le bien-fondé de ces remarques : chez des tuberculeux latents peuvent se développer à la suite d'une série de cardiazol des accidents évolutifs.

L'électro-choc se montre bien moins nocif et MM. Rondepierre et Pierre-Bourgeois ont constaté le bon résultat de cette méthode chez

une maniaque présentant des lésions pulmonaires. Nous l'avions au préalable examinée au service de radiologie du pavillon de Maison-Blanche. Nous avons pu, chez une démente précoce dont nous rapportons l'observation, apercevoir grâce au traitement pratiqué, des possibilités beaucoup plus étendues. Chez cette jeune femme, démente impulsive et clastomane, qui mettait en pièces toute literie et toute vêtue, le pneumothorax est parvenu à arrêter le développement d'un processus pulmonaire qui menaçait d'une évolution rapide. Dès que l'amélioration physique fut suffisante, nous l'avons, grâce à l'obligeance du Dr Beaudoin, soumise à plusieurs séries d'électro-choc tout en continuant l'entretien du pneumothorax. L'état physique est demeuré très bon, l'état mental a manifesté à plusieurs reprises des rémissions qui nous donnaient grand espoir, mais hélas ne se sont pas maintenus. Du moins les périodes d'accalmie ont-elles permis une alimentation plus suivie, révélé sous les mécanismes démentiels, la persistance d'une virtualité presque normale, et démontré d'une façon saisissante les perspectives qui ouvrent les traitements psychiatriques et phtisiologiques combinés.

Observations.

Nous allons donner quelques observations de malades que nous avons essayé de traiter ou bien qui sont en traitement présentement au pavillon sanatorial.

A. — 3 CAS D'IMPOSSIBILITÉ DE TRAITEMENT.

Obs. 7. — Félicien L..., né le 28 décembre 1903, interné en janvier 1941. Débilité et déséquilibre psychiques. Gâteux.

Poids : 47 kgr. ; e entre 37° et 38°.

Radiographie le 15 juin 1941. Infiltration diffuse du poumon droit.

B. K. : ++.

Création d'un pneumothorax droit le 18 juin, le 20 le malade très agité refuse de se laisser insuffler.

Décès le 21 octobre 1941.

Obs. 8. — Jeanne D..., née le 24 septembre 1893, internée en avril 1938. Dépression mélancolique. Vagues idées de persécution.

Poids : 41 kgr. ; θ entre 37° et 39° ; B. K. : +++.

Amaigrissement considérable depuis quelques semaines.

Radiographie : infiltration fibro-ulcéreuse de la région inter-cléido-hilaire gauche.

Malade récalcitrante avec réactions hostiles, pneumothorax non réussi, réactions d'opposition.

Décès le 29 avril 1939.

Obs. 9. — Françoise A..., née le 19 février 1890, internée en 1936 pour démence vésanique. Affaiblissement psychique, réactions d'hostilité.

Poids : de 42 kgr. tombe à 33 kgr. ; température hectique.

Radiographie : cavité sommet gauche.

B. K. : +++.

Pneumothorax impossible, réaction d'opposition de la malade. « Je ne veux pas être transformée en pelote à épingles ».

Décès le 4 juillet 1939.

B. — 4 CAS DE SYMPHYSE PLEURALE.

OBS. 10. — Marguerite G..., née le 20 juin 1898, internée en 1912 pour arriération mentale.

En avril 1933.

Amaigrissement. Toux, expectoration. B. K. : + +.

Radiographie : infiltration de tout le champ pulmonaire droit avec condensation de la région moyenne au milieu de laquelle se trouve une spelonque de la taille d'une pièce de 5 fr. A gauche grisaille de la région moyenne.

Pneumothorax droit effectué en octobre, apparition de liquide et d'une symphyse pleurale consécutive. Abandon du pneumothorax.

Décès le 17 avril 1941.

OBS. 11. — Eugénie F..., née le 27 septembre 1919, internée pour démence précoce en 1939.

Pleurésie en 1938.

Poids de 61 kgr. tombe à 42 kgr. Malade incohérente, désordonnée, sale.

Radiographie : tuberculose ulcéro-nodulaire gauche.

Pneumothorax inefficace, décollement partiel du sommet. Infiltration droite au début.

Décès le 14 mars 1941.

OBS. 12. — Marcelle C..., née le 28 avril 1917, internée en 1934 pour hypomanie et perversions instinctives consécutives à une encéphalite épidermique.

En mai 1940, amaigrissement progressif, pas de température.

Radiographie : infiltration en mie de pain du poumon droit. B. K. : 0.

Essai de pneumothorax thérapeutique qui se heurte à une symphyse pleurale. Calcium IV.

En septembre 1940 l'amaigrissement continue ; le poids est tombé de 62 kgr. à 46 kgr.

Radiographie : sommet gauche gris. Diminution de transparence de tout le champ pulmonaire droit.

B. K. : 0.

En novembre 1941, radiographie : image thoracique normale.

Transférée à Moisselles le 9 janvier 1942.

OBS. 13. — Odette D..., née le 17 janvier 1907, internée en 1929 pour démence précoce. Excitation. Impulsions.

En 1930, pleurésie séro-fibrineuse avec hémoptysie. Aucun signe clinique de lésions évolutives.

En mars 1939, radiographie : bloc obscur recouvrant tout le haut du poumon. Quelques petits cercles donnent l'impression de géodes.

Pneumothorax impossible à cause d'une symphyse pleurale. Traitement à l'antigène méthylique.

Décès le 19 juin 1941.

OBS. 14. — Roger C..., né le 13 mars 1911, interné en février 1939 pour

schizophrénie délirante avec apragmatisme. Traité pour tuberculose pulmonaire au sanatorium de La Bruyère.

En avril 1939 :

Radiographie : bon pneumothorax droit, infiltration du sommet gauche.

Pneumothorax gauche institué suivi d'un épanchement pleural. Bon décollement bilatéral.

Décès le 23 août 1939.

Obs. 15. — Joseph V..., né le 6 mars 1906, interné le 18 mars 1937 pour délire de persécution à paroxysme hallucinatoire. Malade agité, dangereux.

Mars 1941, amaigrissement, sueurs nocturnes abondantes.

Radiographie : infiltration du sommet gauche à forme ulcéreuse.

Création d'un pneumothorax artificiel, apparition deux mois après d'une légère augmentation de la température ; apparition d'un épanchement pleural. Evacuation répétée avec insufflation. Série de Calcium IV. Disparition progressive du liquide d'épanchement.

Transféré en juillet 1941 à Chezal-Benoît.

Obs. 16. — Denise R..., née le 19 mai 1906, internée le 20 septembre 1937 pour psychose paranoïde post-puerpérale. Menaces et violences.

En 1939, toux, amaigrissement, expectoration, θ : 38-39.

Radiographie : perte de substance au-dessous de la clavicule gauche au voisinage de l'aisselle, entourée par une zone de condensation particulièrement dense entre caverne et hile.

B. K. : + + +.

Création d'un pneumothorax gauche.

Apparition d'une infiltration du poumon droit, en mars 1940. En août apparition d'un épanchement pleural jaune citrin. Poumon droit bien collabé. Adhérences à gauche.

En novembre 1940, abandon du pneumothorax gauche à cause des adhérences. Compression controlatérale.

Décès le 10 août 1941.

Obs. — 17. — Denise L..., née le 4 septembre 1919, internée le 10 juin 1941 pour état dépressif sur fond de débilité mentale ; tuberculose pulmonaire. B. K. = 0.

Radiographie : lobite supérieure droite excavée.

Bon état général ; θ : 37-38° ; poids : 39 kgr. ; T. A. 8/6.

Pneumothorax droit institué, bon décollement.

Radiographie, novembre 1941 : infiltration du poumon gauche.

Mauvais état général, température oscillant entre 37 et 39°5. Abandon du pneumothorax. B. K. : 0 après homogénéisation.

Décès le 27 décembre 1941.

Obs. 18. — Clémence C..., née le 29 novembre 1891, internée le 8 octobre 1937 pour syndrome de Korsakoff.

Toux, amaigrissement, pas de θ .

Radiographie : spélonque rétro-claviculaire gauche de la taille d'une mandarine avec zones de condensation périphériques, à droite image en raquette.

Une aggravation de l'état fait pratiquer un pneumothorax, mais celui-ci dut bientôt être abandonné à cause de l'état de fatigue. Il faut noter une régression de l'état confusionnel.

Décès le 17 juin 1941.

OBS. 19. — Charles C..., âgé de 36 ans, interné le 18 novembre 1940 pour mélancolie, inertie.

En juillet 1941, amaigrissement particulier, toux, expectoration, 0 37-37°5 ; poids : 52 kgr. ; T. A. : 7/5.

Radiographie : infiltration sous-claviculaire gauche.

B. K. : + après homogénéisation.

Création d'un pneumothorax, température régulière.

En décembre, apparition d'un épanchement pleural purulent. Traité par lavages de plèvres avec MnO_4K à 1 ‰ tous les quinze jours. Température toujours régulière, pas d'amaigrissement.

Pneumothorax toujours en cours.

OBS. 20. — Juliette G..., âgée de 43 ans, internée le 19 décembre 1940 pour psychose hallucinatoire, malade très excitée, impulsive. Traitée pour tuberculose pulmonaire au sanatorium de Champ-Rosay où elle a blessé une infirmière d'un coup de canif. Pneumothorax droit.

Radiographie : taches floues de la partie moyenne du champ pulmonaire droit. On retrouve quelques traces du pneumothorax.

Reprise et entretien du pneumothorax. Actuellement la malade a engraisé, ne tousse presque plus et n'expectore pas.

OBS. 21. — Germaine C..., âgée de 28 ans, internée le 5 novembre 1939 pour mélancolie, caractère difficile et autoritaire. Très persécutée.

Au mois d'août 1940, petit épisode fébrile. Toux, expectoration.

Radiographie : infiltration du sommet droit avec spéléonque.

B. K. : + + +.

Création d'un pneumothorax.

Apparition et disparition des petits épanchements pleuraux qui n'ont jamais été ponctionnés. Ponction exploratrice ramenant un liquide jaune citrin. Injection de calcium IV.

Actuellement, pneumothorax toujours en cours, disparition du liquide, sinus costo-diaphragmatique libre.

B. K. : 0 après homogénéisation.

Bon état général.

OBS. 22. — Casimir K..., 21 ans, interné le 8 mai 1940 pour démence précoce avec inertie et turbulence alternée.

En janvier 1942, amaigrissement considérable. Toux et expectoration ; 0 à 38-38°5 ; T. A. : 7/6.

Radiographie : caverne rétro-claviculaire droite.

Création d'un pneumothorax, bon décollement à la base, bride avoisinant la scissure supérieure d'environ 10 centimètres de longueur.

22 février : section de bride selon le procédé courant.

Une radiographie en mai montre une bilatéralisation pulmonaire, création d'un pneumothorax gauche.

Reprise de l'état général. Le malade a été transféré au sanatorium de Chezal-Benoît.

Obs. 23. — Anna G..., 31 ans, internée le 26 février 1921 pour débilité mentale avec hallucination.

En mai 1941, gros amaigrissement, 10 kgr. en un mois. Point de côté droit. Température : 39°5.

Radioscopie : image de lobite supérieure droite sans géode. Champ pulmonaire gauche normal.

Examen de crachats négatif après homogénéisation.

Création d'un pneumothorax thérapeutique.

Un an après la radioscopie montrait : disparition complète de la lobite supérieure droite. Champ pulmonaire normal. Disparition complète de la température.

La malade a grossi de 2 kgr. Elle est calme, propre et ordonnée, mais reste cependant assez persécutée. Le pneumothorax est entretenu une fois par mois.

Obs. 24. — Georgette B..., âgée de 28 ans, internée au mois de novembre 1939 pour démence précoce, inertie, indifférence.

Une radiographie faite à ce moment montre une transparence normale des champs pulmonaires avec élargissement des hiles. On pratique à ce moment-là une thérapeutique au Cardiazol.

Le 4 juin 1941, une radiographie faite à la suite d'amaigrissement, toux et expectoration montre une infiltration péri-scissurale gauche.

B. K. : + + +.

Un pneumothorax est institué, depuis il est régulièrement entretenu, la malade a augmenté de poids, elle ne tousse plus, ne crache pas.

B. K. : 0 après homogénéisation.

Obs. 25. — Anne S..., âgée de 26 ans, internée le 6 mai 1938 pour troubles mentaux caractérisés par des idées de jalousie, une excitation érotique, agitation.

En janvier 1941, une radiographie effectuée à cause d'un gros amaigrissement montre un semis de taches sous-claviculaires et para-hilaire gauche.

B. K. : + après homogénéisation.

Etablissement d'un pneumothorax, puis apparition d'un épanchement pleural jaune citrin avec mouvement fébrile. La malade est très agitée.

Evacuations répétées du liquide pleural avec chaque fois insufflation compensatrice. Série de calcium IV.

En novembre, disparition du liquide pleural, sinus libre. Pneumothorax efficace. Champ droit normal. La malade est en bon état général, elle a engraisé de 7 kgr.

Insufflation mensuelle jusqu'en juillet 1942. A ce moment-là B. K. = 0 après homogénéisation.

Radiographie : sommet gauche entièrement nettoyé. Le pneumothorax

est abandonné. Le poumon revient complètement et assez rapidement en contact avec la plèvre.

La malade est alors soumise au traitement par l'électro-choc, deux séances par semaine, avec contrôle radioscopique et radiographique répété : pas de changement pulmonaire.

L'état psychique passe alors par des alternatives d'amélioration et de rechutes qui n'en laisse pas moins entrevoir pour le futur de grosses conséquences thérapeutiques.

* * *

Ces observations ont été publiées pour montrer la possibilité de faire des pneumothorax thérapeutiques chez les aliénés quelle que soit leur catégorie nosologique, permettant d'entreprendre ainsi plus tard chez ces malades une thérapeutique beaucoup plus active.

Conclusions.

En prenant pour sujet de notre thèse, le pavillon spécial des tuberculeux de Maison-Blanche, nous n'avons pas tant voulu le décrire par lui-même qu'étudier, à son sujet, les problèmes que posent l'organisation et le fonctionnement d'une formation de ce genre et les points déjà acquis quant à la solution de certains d'entre eux.

Il nous paraît ainsi bien établi qu'un service d'aliénés tuberculeux doit avoir un but plus élevé que le simple isolement de malades contagieux, mais viser au dépistage de la tuberculose des aliénés dès son début, et à son traitement aussi précoce que possible.

Les faits montrent dans quelles mesures les principes de la cure sanatoriale peuvent être appliqués à ces malades ; leur répartition en petits dortoirs permet une double sélection à la fois suivant le degré de gravité physique et le comportement psychique et assurer le calme du pavillon. Une aération continue à défaut de galerie segmentée réalise la cure d'air et dans une large mesure la cure de repos. Enfin la pratique de la collapsothérapie est possible et susceptible de donner des résultats très appréciables, tant du point de vue phthisiologique que du point de vue psychiatrique parce qu'elle permet de reprendre certains traitements tel que l'électrochoc, certaines indications cliniques plus intensives, etc.

Par ailleurs, nous avons, au cours de notre travail, émis le souhait de voir appliquer dans l'organisation du service de ce genre certaines modifications. Ainsi faudrait-il prévoir, pour la radiologie, pour le laboratoire de bactériologie, pour une salle d'opération, des locaux plus vastes. Ces divers organismes, loin de constituer des annexes secondaires, sont, au contraire l'armature essentielle de la lutte anti-tuberculeuse. De même, il faudrait apporter tous les soins à réaliser une galerie de cure bien orientée et rendue utilisable par des cloisons de séparation. Le pavillon actuel dont le nombre de lits (65) se montre en certaines périodes, bien insuffisant, devrait être complété par l'aménagement d'un quartier de convalescentes, muni d'une cour

spéciale avec galerie de cure, ou tout au moins d'une aération continue ; les malades non fébriles, non contagieuses, y bénéficieraient d'une surveillance plus attentive, d'un régime alimentaire plus riche et d'un genre de vie plus calme.

Il serait également très désirable de voir ce genre de service, sous forme de pavillon isolé, se réaliser auprès d'un grand nombre d'hôpitaux psychiatriques. En ce qui concerne le département de la Seine l'exemple du pavillon des femmes devrait entraîner la création d'un pavillon semblable pour les hommes : celui de Chezal-Benoist, trop éloigné des familles des malades et aussi d'un centre possédant des spécialistes, ne répond pas pour ces raisons aux besoins de nos établissements.

Mais ces résultats ne peuvent être atteints, et ces dispositions ne prennent toute leur valeur que s'il existe une collaboration bien établie entre le psychiatre et le phthisiologue : c'est la condition absolue et indispensable du succès de l'entreprise et de son efficacité. D'un bout à l'autre de notre travail nous nous sommes efforcés de mettre en lumière les arguments qui le démontrent car c'est le point qui nous a semblé dominer tous les autres.

Vu : le Président de la thèse,
M. GUILLAIN.

Vu : le Doyen,
A. BAUDOUIN.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
Gilbert GIDEL.



BIBLIOGRAPHIE

Nous nous bornerons à rappeler les ouvrages principaux sur la question de l'assistance aux aliénés tuberculeux et quelques travaux que nous avons cités au cours de notre exposé.

ABELY (X.). — Les psychopathes tuberculeux au dispensaire. 29^e Congrès des médecins aliénistes, 1925, p. 175.

AMEGHINO (Arturo). — Importance de l'étiologie tuberculeuse dans les maladies mentales. *Rivista di criminologia y psiquiatria, y medicina legal*, 1925, n° 68, Buenos-Ayres.

ARCHAIMBAULT (J.). — Essai clinique sur les rapports de la tuberculose et des maladies mentales. Thèse de Paris, 1937.

BARUK, LAUZIER, BIDERMAN et BLUMENFELD. — La tuberculose pulmonaire des déments précoces. *Soc. médico-psychologique*, 19 déc. 1933.

BETTINO. — Fréquence actuelle de la méningite chez les adolescents et les adultes. *Société études scientifiques de la φ Lyon*, 25 oct. 1941.

BRENUGAT (M.). — Contribution à l'étude des rapports entre la tuberculose et les psychopathies. Thèse Paris, 1939.

BRIAU. — Quelques aspects du problème de la tuberculose dans des asiles d'aliénés. *Arch. int. de Neurologie*, 1933, p. 395, 409 ; 1934, p. 11-29 et 163-179.

BOURGOIS (P.). — L'assistance aux tuberculeux mixtes. *Revue médicale française*, mars 1942.

CHATAGNON. — Introduction à l'étude pathogénique de la démence précoce. La démence précoce problème bio-chimique. *Annales médico-psychologiques*, 1940, p. 166-173.

CLAUDE (H.). — Troubles psychiques chez les tuberculeux. *Concours médical*, 1924, p. 243.

CLAUDE (H.), COSTE (F.), VALTIS (J.), VAN DEINSE (F.). — Sur les relations pathogéniques du virus tuberculeux avec la démence précoce. *Encéphale*, 1933, n° 8, p. 561-587.

CLAUDE (H.) et DUBLINEAU (J.). — Résultats de la pyrétothérapie soufrée associée aux sels d'or dans 34 cas d'états dits de démence précoce. *Ann. méd.*, 1935, p. 533-583.

DELAMARRE (P.). — L'équipement radiologique des hôpitaux psychiatriques. Thèse Paris, 1939.

- DEREUX. — Recrudescence actuelle des adénopathies ϕ et des abcès froids. *Société médecine de Lille*, 28 oct. 1941.
- DUBOIS (R.) et DOGNY. — Les troubles psychopathiques de la ϕ . *Journ. de Méd. de Bordeaux*, 15 février 1942.
- DUMAREST (F.) et BRETTE (P.). — La pratique du pneumothorax thérapeutique et de la collapsothérapie chirurgicale. Paris, 1929, 3^e édit.
- DUMAREST (F.). — La pratique du pneumothorax thérapeutique, 4^e édition 1936.
- DUTHOIT, WAREMBOURG et BOQUET. — Modes actuels de la ϕ de l'adulte et du vieillard. *Soc. de Médecine du Nord*, 26 janvier 1942.
- GILLES (A.). — Psychonévroses et tuberculose. Un syndrome aparnétique. *Evolution psychiatrique*, 1934, fasc. 1, p. 21.
- HOLLANDER (L.) et ROUVROY. — La démence précoce est-elle d'origine tuberculeuse ? Inoculations. Les lésions provoquées. *Ann. méd. psych.*, 1932, t. II, p. 417-429.
- HYVERT (M.). — Psychose paranoïde et test tuberculinique, intensité de quelques réactions psychologiques. *Soc. méd. psychol.*, 12 oct. 1942.
- JOUANNAIS (M^{lle} S.). — Etude critique des états paranoïdes. Thèse Paris, 1940.
- KARA ENEFF. — De l'influence de la tuberculose pulmonaire sur l'aliénation mentale. Thèse Montpellier, 1899.
- LAIGNEL-LAVASTINE. — L'Encéphale des tuberculeux. *Revue de Méd.*, 1906.
— Psychologie des tuberculeux. *Revue de Méd.*, mars 1907.
— Remarques sur la psychologie des tuberculeux pulmonaires. *Cliniques et laboratoires*, n^o 3, 1922.
- LÉVY-VALENSI (J.) et GÉNIL-PERRIN. — Cuti-réaction à la tuberculine chez 57 aliénés. *Société de Psychiatrie*, séance du 19 juin 1913.
- LÖWENSTEIN. — La méthode d'hémoculture du virus tuberculeux et ses résultats. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1933, p. 165.
- MARIE (A.) et BEAUNART (P.). — Tuberculose et aliénation mentale. Recherches étiologiques par le séro-diagnostic. *Revue de Psychiatrie*, 1910.
- MORLAND (A.). — La mentalité du tuberculeux. *The Lancet*, 23 janv. 1932.
- MICHY et RUBIN. — Le bâtiment illustré, mars 1934.
- PASCAL (C.) et DOUSSINET (P.). — Hébéphrénie et tuberculose. *Arch. int. de Neurologie*, t. II, vol. XVII, 24^e série, déc. 1932.
- PASCAL (C.) et VIÉ (J.). — Démence précoce et schizophrénie de Kretschmer. *Enc.*, avril 1931.
- PRIVAT DE FORTUNIE et GENEY. — Tuberculose et démence précoce, XXXIV^e Congrès des aliénistes et neurologistes, p. 237, Lille, 1930.
- PUCA (A.). — Premiers résultats de la culture du bacille de Koch par ensementement du liquide céphalo-rachidien de déments précoces. *C. R. Soc. Biol.*, 1933, t. CXIII, p. 359.

RAYNIER (J.) et BEAUDOIN (H.). — La tuberculose dans les asiles d'aliénés. *Ann. méd. psych.*, 1925, t. I, p. 21-41.

— L'aliéné et les asiles d'aliénés. Paris, 1930, 2^e édit.

RAYNIER (J.), BEAUDOIN (H.), BRIAU et PINARD. — Le régime alimentaire des asiles d'aliénés. *L'Aliéniste français*, 1934, p. 139-163, 237-266 et 327-355.

RAYNIER (J.) et LAUZIER (Jean). — La construction et l'aménagement de l'Hôpital psychiatrique et des asiles d'aliénés. Paris, 1935.

PERROT (R.). — Les problèmes de la lutte anti-tuberculeuse dans les asiles d'aliénés. Thèse Paris, 1936.

REGIS (E.). — Folie de la tuberculose. *Manuel pratique de médecine mentale*, 1892, p. 392-397.

RAVANET, GIRARD et BRUN. — Considérations sur la fréquence actuelle des adénites cervicales tuberculeuses chez les sujets âgés. *Soc. méd. Hôp. Lyon*, 3 févr. 1942.

SAENZ, PASCAL, COSTIL, CHAPOULAUD. — Recherches sur la bacillémie tuberculeuse effectuée simultanément par la méthode de Löwenstein et par inoculation au cobaye chez les malades atteints de démence précoce. *Soc. biol.*, 28 avril 1934.

TOULOUSE, SCHIFF, VALTIS, VAN DEINSE. — Ultravirus tuberculeux et démence précoce. *Soc. Méd. psych.*, nov. 1932.

VIÉ (J.). — La réaction de Besredka dans la démence précoce. *Soc. de Psych.*, 1930 ; *Encéphale*, avril 1930, p. 314.

VIÉ (J.), BOURGEOIS (P.), M^{lle} MESSIN et ARMAND (L.). — La tuberculose pulmonaire dans les hôpitaux psychiatriques en période de sous-alimentation. *Soc. méd. psych.*, 22 juin 1942.

— Tuberculose pulmonaires aiguës chez les aliénés sous-alimentés. *Soc. méd. psych.*, 22 juin 1942.

WORKMANN. — De la phtisie latente chez les aliénés. *The american journal of insanity* (analyse par Dumesnil. *Ann. méd. psych.*, 1864, 4^e série, t. III, p. 113-121).

ZALLA. — Mortalité par tuberculose dans les asiles ; particulièrement, rapports éventuels entre la démence précoce et la tuberculose. V^e Congrès de la Société de Neurologie italienne. *Rivista di patologia nervosa e mentale*, oct. 1922.

